

Aus der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
(Direktor: Prof. Dr. med. W. Jonat)
im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

**DIE AUSWIRKUNGEN DES GESETZES ZUR
VERHÜTUNG ERBKRAKEN NACHWUCHSES
AN DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK KIEL
IN DER ZEIT VON 1932 BIS 1940**

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von
JANA PIECHATZEK
aus Hannover

Kiel 2009

1. Berichterstatter:	Prof. Dr. Jonat
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Hepp
Tag der mündlichen Prüfung:	30. Juni 2009
Zum Druck genehmigt, Kiel, den	30. Juni 2009

gez.: Prof. Dr. Siebert
(Vorsitzender der Prüfungskommission)

1	Einleitung	1
1.1	Einführung und Zielsetzung.....	1
1.2	Geschichtliche Wurzeln der Erbgesundheitspolitik.....	2
1.2.1	Vom Sozialdarwinismus zur Rassenhygiene	2
1.2.2	Aktueller wissenschaftlicher Stand der menschlichen Vererbungslehre	6
1.3	Strategien rassenhygienischer Sozialpolitik.....	8
1.4	Gesetzliche Grundlagen der Zwangssterilisation.....	10
1.4.1	Die Entstehung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses	10
1.4.2	Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses G.z.V.e.N	11
1.4.3	Weitere Gesetze im Rahmen der Erbgesundheitspolitik.....	14
1.4.3.1	Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre	14
1.4.3.2	Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes	14
1.5	Der Ablauf des Sterilisationsverfahrens	15
1.6	Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation.....	17
1.7	Der Aufbau des Gesundheitswesens im Dritten Reich	18
1.7.1	Die Rolle der Gesundheitsämter	19
1.7.2	Die Rolle der Ärzteschaft	20
1.8	Propaganda im NS-Staat	21
1.9	Operative Durchführung der Sterilisationen	23
2	Material und Methoden	25
2.1	Archivmaterial an der Universitäts-Frauenklinik Kiel	25
2.1.1	Hauptbücher	25
2.1.2	Gynäkologische Journale	26
2.2	Statistische Auswertung.....	27
3	Ergebnisse.....	27
3.1	Zwangsterilisationen an der Universitäts-Frauenklinik Kiel von 1932 bis 1940.....	27
3.2	Altersstruktur der sterilisierten Frauen	29

3.3	Sozialer Status der Patientinnen.....	31
3.3.1	Familiärer Stand der Patientinnen	31
3.3.2	Berufliche Situation der Patientinnen	33
3.4	Wohnortverteilung	35
3.5	Geburtenzahl der Patientinnen.....	36
3.6	Kostenträger	37
3.7	Sterilisationsdiagnosen.....	38
3.7.1	Gesamtverteilung der Diagnosen	39
3.7.1.1	Verteilung der Diagnosen in den einzelnen Jahren.....	40
3.7.1.1.1	Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1934	40
3.7.1.1.2	Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1935	41
3.7.1.1.3	Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1936	42
3.7.1.1.4	Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1937	43
3.7.1.1.5	Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1938	43
3.7.1.1.6	Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1939	44
3.7.1.2	Verlauf der Diagnosen in den Jahren 1934 bis 1939	45
3.7.2	Zweitdiagnosen	46
3.7.3	Verteilung der Diagnosen bezogen auf den sozialen Status der Patientinnen	46
3.7.3.1	Diagnosen der Ehefrauen von Arbeitern.....	46
3.7.3.2	Diagnosen lediger Frauen	47
3.7.3.3	Diagnosen der Ehefrauen von Handwerkern	48
3.7.3.4	Diagnosen der Ehefrauen von Akademikern	48
3.8	Nebendiagnosen.....	49
3.9	Die Durchführung der Sterilisationen.....	50
3.9.1	Allgemeiner Ablauf und Operationsvorbereitung.....	50
3.9.2	Die Sterilisationsmethoden	51
3.9.2.1	Keilförmige Tubenexzision (Sterilisation per laparotomiam)	52
3.9.2.2	Tubenquetschung nach Madlener	52
3.9.2.3	Inguinale Tubensterilisation und inguinale reversible Tubensterilisation	53
3.9.2.4	Exstirpation der Tuben oder Adnexe per laparotomiam	54
3.9.2.5	Sterilisation nach Fuchs	54
3.9.2.6	Vaginale Exstirpation der Tuben	55
3.9.2.7	Sterilisation durch Röntgenbestrahlung	55

III

3.9.3	Verteilung der Sterilisationsmethoden in den einzelnen Jahren	56
3.9.3.1	Sterilisationsmethoden im Jahre 1934	56
3.9.3.2	Sterilisationsmethoden im Jahre 1935	57
3.9.3.3	Sterilisationsmethoden im Jahre 1936	58
3.9.3.4	Sterilisationsmethoden im Jahre 1937	59
3.9.3.5	Sterilisationsmethoden im Jahre 1938	60
3.9.3.6	Sterilisationsmethoden im Jahre 1939	60
3.9.4	Der Wandel der Sterilisationsmethoden im Laufe der Jahre.....	61
3.9.5	Zusatzeingriffe	62
3.9.6	Die Operateure an der Universitäts-Frauenklinik Kiel	63
3.9.7	Die Sterilisationsmethoden der einzelnen Operateure	66
3.9.8	Operationsdauer	68
3.10	Schwangerschaftsabbrüche	70
3.10.1	Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die einzelnen Jahre	71
3.10.2	Soziologische Daten der Schwangeren	72
3.10.3	Operateure, die den Schwangerschaftsabbruch vornahmen.....	73
3.10.4	Die Methoden der Schwangerschaftsabbrüche	74
3.11	Der stationäre Aufenthalt der Patientinnen	75
3.12	Komplikationen	76
3.13	Todesfälle	77
4	Diskussion.....	79
5	Zusammenfassung	89
6	Quellenangaben	92
6.1	Archivmaterial.....	92
6.2	Literaturverzeichnis.....	92
7	Anlagen	97
8	Danksagung.....	113
9	Lebenslauf	114

Abkürzungen

bds.	beidseitig
EG	Erbgesundheitsgericht
EOG	Erbgesundheitsobergericht
G.z.V.e.N.	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
ing. Tubensteri.	inguinale Tubensterilisation
Lap.	Laparotomie
lap. Exstirp.	laparotomische Exstirpation
li.	links
manisch-depr.	manisch-depressiv
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
re.	rechts
RPA	Rassenpolitisches Amt der NSDAP
RPL	Reichspropagandaleitung
SA	Sturmabteilung
SS	Schutzstaffel
Steri.	Sterilisation
Sterilisation per lap.	Sterilisation per laparotomiam
UFK	Universitäts-Frauenklinik
UFK K	Universitäts-Frauenklinik Kiel
vgl.	vergleiche
Z. n.	Zustand nach

1 Einleitung

1.1 Einführung und Zielsetzung

In der Zeit des Nationalsozialismus wurden im Rahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (G.z.V.e.N.) schätzungsweise 350.000 bis 400.000 Menschen in Deutschland zwangsweise sterilisiert (Bock 1986, S.232 - 233).

Das am 1. Januar 1934 in Kraft getretene Gesetz stellte den Auftakt für weitere Maßnahmen der nationalsozialistischen Rassenpolitik dar, mit dem Ziel der Vernichtung von „Minderwertigen“.

Erst in den 80iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts begann eine intensivere Auseinandersetzung mit diesem Kapitel der Medizingeschichte. Im Laufe der Jahre wurden zahlreiche Arbeiten zum Thema der Zwangssterilisation veröffentlicht, die auf der Auswertung von Gerichts- oder Krankenakten basierten.

Umfassende Arbeiten stammen u.a. aus Offenbach am Main (Henning 2000), München (Horban 1999), Jena (Regensburger 2002) und Marburg (Hilder 1996).

Auch an der Universitäts-Frauenklinik Kiel wurden in der Zeit des Nationalsozialismus Zwangssterilisationen an Mädchen und Frauen durchgeführt.

Diese sind in der bisherigen Literatur einschließlich der Jahrbücher der Klinik nicht erwähnt und die Position der Universitäts-Frauenklinik Kiel in der Zeit des Nationalsozialismus blieb unbehandelt.

Ziel dieser Arbeit ist es, im Rahmen einer wissenschaftlichen Dissertation die Umsetzung des G.z.V.e.N. an der Universitäts-Frauenklinik Kiel aufzuarbeiten und damit eine Lücke in der bisher gut dokumentierten Geschichte der Klinik zu schließen.

1.2 Geschichtliche Wurzeln der Erbgesundheitspolitik

1.2.1 Vom Sozialdarwinismus zur Rassenhygiene

Die Wurzeln der Rassenhygiene sind bei Charles Darwin (1809 – 1882) zu suchen, der 1859 in seinem Buch „Die Entstehung der Arten durch natürliche Auslese“ die Lehre von der natürlichen Selektion und die Deszendenztheorie begründete. Demzufolge könnten sich im „Kampf ums Dasein“ nur die Tüchtigen durchsetzen und die Untüchtigen unterlägen einer „natürlichen Auslese“. Gemäß der Deszendenztheorie finde so eine allmähliche Höherentwicklung der Lebewesen statt (vgl. Ganssmüller 1987, S. 10 – 12).

Etwa 12 Jahre später übertrug Darwin diese Theorie auch auf den Menschen (vgl. Kästner 2005, S.137).

In Deutschland fanden diese Thesen Darwins großen wissenschaftlichen Anklang und waren die Grundlage für eine breite Diskussion unter Wissenschaftlern (vgl. Heesch 1995, S. 2).

Was bei Darwin noch wertneutral war, bekam im Rahmen des in Deutschland aufkommenden Sozialdarwinismus, mit seinem Begründer Ernst Haeckel, eine politische und soziale Bedeutung (vgl. Thamer 1996, S.14). So deutete der Mediziner und Zoologe Haeckel in seinem Werk „Natürliche Schöpfungsgeschichte“ die Theorie Darwins im Sinne des Sozialdarwinismus um und übertrug auf der „Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte“ 1863 die Darwinschen Prinzipien neben der Entwicklung der Menschheit auch auf die sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse (vgl. Heesch 1995).

Wenig später verfasste auch Wilhelm Schallmayer (1857 – 1919) eine Schrift

„Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes“, welche er zu seinem Werk „Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker“ ausarbeitete (vgl. Becker 1988, S. 2 – 5). Laut Schallmayer führe die neuzeitliche Zivilisation mit den verbesserten hygienischen Bedingungen, der Kranken- und Individualversicherung, der Säuglings- und Kinderpflege zu einer Einschränkung der natürlichen Auslese, da durch diese staatlichen Maßnahmen die Überlebenschancen und Fortpflanzungschancen auch der Personen mit schwachen gesundheitlichen Erbanlagen verbessert würden (vgl. Schallmayer 1920, S. 131 – 256). Eine große Bedeutung schrieb er hier auch der ärztlichen Heilkunst zu, was mit folgenden Worten zum Ausdruck kam:

„...je mehr die Heilkunst leistet, desto mehr Individuen von unterschiedlicher Erbqualität nehmen an der Fortpflanzung teil.“ (Schallmayer 1920, S. 151).

Neben jenen Thesen wies Schallmayer aber auch auf die nahezu als Bedrohung empfundene Tatsache der überdurchschnittlich starken Vermehrung der Unterschicht, mit eher geringer geistiger Begabung, im Gegensatz zur sinkenden Geburtenziffer der Oberschicht und ihrer Personen mit hoher psychischer Begabung hin. Dies führe zur allmählichen Minderung der „Rassetüchtigkeit“ (vgl. Schallmayer 1920, 223 – 247) des deutschen Volkes. „Wenn die begabteren Elemente sich stets verhältnismäßig schwächer fortpflanzen als die weniger begabten, so muß offenbar eine ständig zunehmende Verarmung des Volkskörpers an den besten Erbwerten eintreten, der durchschnittliche Stand der Erbbegabung solcher Völker wird mehr und mehr sinken.“ (Schallmayer 1920, S. 224).

Neben Schallmayer ging auch der Mediziner Alfred Ploetz (1860 – 1940) von der Theorie Darwins aus und weitete sie zu dem von ihm geprägten Begriff der „Rassenhygiene“ aus. Rassenhygiene sei laut Bauer, Fischer, Lenz die „deutsche Ausprägung der Eugenik“ (Bauer et al. 1932, S. 1) und bedeute so viel wie das „Bestreben, die Gattung gesund zu erhalten und ihre Anlage zu vervollkommen“ (Ploetz 1895, S. 13).

Ploetz verlagerte den „Kampf um's Dasein“ von der Betrachtung des Gesamtindividuum auf das Niveau der Keimzelle und schrieb 1895 in seinem Buch „Die Tüchtigkeit der Rasse und der Schutz der Schwachen“: „Die Menschen sind Zellenstaaten. Die Keimstoffe, aus denen sie entstehen, sind in lebenden Eizellen verkörpert, in der Ei- und der Samenzelle. Eine Fortpflanzungshygiene, die z.B. zu junge und zu alte, temporär kränkliche oder alkoholisierte Personen von der Zeugung abhält, ..., besteht darin, von den gesamten produzierten Geschlechtszellen nur einzelne wenige, deren Tüchtigkeit wir irgendwie erschlossen oder bewirkt haben, zur Begattung auszuwählen und andere durch einfache Abscheidung zu Grunde gehen zu lassen.“ (Ploetz 1895, S. 230 – 231).

Diese Hinweise auf die Notwendigkeit und Effektivität eugenischer Maßnahmen fielen im beginnenden 20. Jahrhundert mit der sich breit machenden Angst vor „erbbiologischer Degeneration“ auf fruchtbaren Boden.

Die moderne Industriegesellschaft befand sich in einer Zeit der sozialen, ökonomischen und politischen Umwälzung. Durch die Urbanisierung stieg die städtische Bevölkerung stark an, während die ländliche Bevölkerung abnahm. Diese sozialstrukturellen Umwälzungen wirkten sich auch auf die Bevölkerungsbewegung aus und verursachten säkulare Veränderungen (vgl. Weingart 1992, S. 23 – 26).

So verstärkte sich die von Schallmayer schon beschriebene ungleiche Geburtenzahl in den einzelnen Bevölkerungsschichten seit Beginn des 20. Jahrhunderts.

Für die Rassenhygieniker, für die das Bevölkerungsproblem nicht nur eine quantitative, sondern auch qualitative Seite hatte, wurde dieses Problem zur „politischen Arena“ (Weingart 1992, S. 26).

Fritz Lenz (1887 – 1976), einstiger Schüler von Ploetz, setzte die wissenschaftliche Tradition fort und wies in seinem Werk „Menschliche Auslese und Rassenhygiene (Eugenik)“ folgendermaßen auf die derzeitige Bevölkerungssituation hin: „Nun liegen die Verhältnisse im Bereiche der abendländischen Kultur in der Tat so, dass die oberen Stände meist eine unterdurchschnittliche Zahl von Nachkommen haben, ja in den höher gebildeten Ständen reicht die Zahl der Kinder nicht einmal mehr zur einfachen Erhaltung der Familie aus.“ (Bauer et al. 1932, S. 136).

Diese Ausleseverhältnisse führen zu einem raschen „Rückgang der Begabung unserer Bevölkerung“ (Bauer et al. 1932 S. 143) und zu einem Erhalt der „durch idiokinetische Einwirkung entstehenden krankhaften Erbanlagen“ (Bauer et al. 1932, S. 11 – 12).

Ebenso wie Schallmayer sah auch Lenz die Ursache hierfür in der vermehrten staatlichen Fürsorge für Kranke und Geistesschwache.

Stand bei den Vorgängern Lenz` noch der philosophische, naturwissenschaftliche Gedanke im Vordergrund, so bekam die Rassenhygiene bei Lenz eine politische Dimension mit nationalsozialistischer Prägung und er machte sich die politische Durchsetzung der Rassenhygiene zur Lebensaufgabe (vgl. Heesch 1995, S. 4). „Das entscheidende Bestreben der Rassenhygiene muß dahin gehen, daß die Begabten und Tüchtigen sich stärker vermehren als die Untüchtigen und Minderwertigen. Dieses Ziel muß auf zwei verschiedenen Wegen erstrebt werden, erstens durch Hemmung der Fortpflanzung unterdurchschnittlich Veranlagter und zweitens durch Förderung der Fortpflanzung überdurchschnittlich Veranlagter.“ (Bauer et al. 1932, S. 225).

Im Jahre 1931 gelang es Lenz, den Bogen zwischen nationalsozialistischer Bewegung und der Rassenhygiene zu spannen, in dem er sich in einem Artikel im „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie“, einer von Ploetz 1904 gegründeten Fachzeitschrift, auf Adolf Hitlers „Mein Kampf“ bezog (vgl. Heesch 1995, S. 4).

Die Forderungen nach Hemmung der Fortpflanzung von „Untüchtigen“ und geistig „Minderwertigen“ wurden noch durch die bedrohliche Darstellung des ökonomischen Ruins

der Gesellschaft, infolge der Versorgung Kranker, Behinderter und geistig Schwacher, für die zunehmend abwertende Ausdrücke wie z.B. „Ballastexistenzen“ und „Krüppelseelen“ verwendet wurden, verstärkt (vgl. Schott 1992, AS. 9 – 11). So wurden die hohen Unterstützungskosten für Geisteskranke aufs Genaueste dargelegt, um den Anschein der Rationalität der Eugenik zu erwecken (vgl. Ganssmüller 1987, S. 7 – 10).

So kann man nach Heinz Schott abschließend die Begründung der Notwendigkeit von rassenhygienischen Maßnahmen als auf drei Säulen basierend zusammenfassen:

Erstens, die „biologische Begründung“, auf dem Verderb des gesunden Erbgutes durch minderwertiges Erbgut fußend. Zweitens, die „ökonomische Begründung“ des wirtschaftlichen Ruins durch die Versorgung von „Ballastexistenzen“ und drittens, die „psychologische Begründung“, die die Überzeugung von der Bösartigkeit des Seelenlebens der „Minderwertigen“ beinhaltet (vgl. Schott 1992, S. 9 – 11)

1.2.2 Aktueller wissenschaftlicher Stand der menschlichen Vererbungslehre

Der Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzende Aufschwung der Naturwissenschaften in Europa machte auch vor Deutschland nicht halt, so dass sich die Biologie zu einer Art Leitwissenschaft in Deutschland etablierte.

Naturwissenschaftler arbeiteten intensiv auf dem Gebiet der Erbforschung, zu welchem Zwecke auch verschiedene Institutionen und Gesellschaften gegründet wurden, wie die 1905 von Alfred Ploetz ins Leben gerufene „Gesellschaft für Rassenhygiene“ zur Erforschung der Vererbung und Auslese (vgl. Peter 2004, S. 178).

Die naturwissenschaftlichen Vererbungskenntnisse basieren auf den schon 1866 von Mendel gewonnenen Erkenntnissen zur Vererbung von dominanten und rezessiven Merkmalen bei der Erbse, welche aber erst im Jahre 1900 von dem niederländischen Botaniker Hugo de Vries wiederentdeckt und durch weitere Versuche bestätigt wurden.

1902 erkannte der englische Biologe William Bateson, dass die Erkenntnisse Mendels auch für Tiere gelten und schuf den Begriff der „Genetik“.

Einen Nachweis für die Übertragbarkeit der Mendelschen Vererbungsregeln auf den Menschen, erbrachte der amerikanische Arzt Farabee anhand einer Sippenstudie in Pennsylvania über die Vererbbarkeit einer bestimmten Form der Kurzfingerigkeit (vgl. Zankl 1998, S. 12).

Diese Annahme der Übertragbarkeit galt bei Lenz schon als selbstverständlich, so schrieb er im Teil „Rassenhygiene (Eugenik)“ des „Handbuchs der Vererbungswissenschaft“:

„Es darf an dieser Stelle wohl als selbstverständlich vorausgesetzt werden, dass dieselben allgemeinen Gesetze, denen die Erbllichkeit bei Pflanze und Tier folgt, auch für den Menschen gilt.“ (Lenz 1932, S.2).

Gleichzeitig zu den Erkenntnissen der Kreuzungsversuche entwickelte sich die Vorstellung über den Zellkern und die Bedeutung der darin enthaltenen Chromosomen für die Vererbung weiter.

1933 wurde der amerikanische Genetiker Thomas Hunt Morgan für seine Forschungsarbeit an der Fruchtfliege *Drosophila melanogaster* mit dem Nobelpreis ausgezeichnet. Er untersuchte die Chromosomen und entwickelte die Vorstellung vom Gen als Träger der Erbsubstanz (vgl. Zankl 1998, S. 12).

Die Zwillingsforschung und die Forschung an sogenannten „Bastarden“ lieferte weitere Erkenntnisse, denen zufolge die Eigenschaften einer jeden Person „das Ergebnis des Zusammenwirkens zweier Faktorengruppen“ seien, „nämlich einerseits der ererbten Anlagen und andererseits aller der äußeren Einwirkungen...“ (Schallmayer 1920, S. 36) so Schallmayer.

Wissenschaftler stellten weiterhin fest, dass die Vererbung vieler Merkmale durch Interaktion multipler Gengruppen vonstatten gehe und nur für wenige ein monofaktorieller Erbgang anzunehmen sei. Hierbei unterschied Lenz allerdings eindeutig zwischen der Vererbung von normalen und krankhaften Erbanlagen: „... krankhafte erbliche Zustände sind meist durch einzelne Erbanlagen (monogen), normale Eigenschaften durch viele (polymer) bedingt.“ (Lenz 1932, S. 6), wodurch die Annahme von überwiegend monogenen Erbgängen bei der Erfassung von Erbkranken nach dem G.z.V.e.N. gerechtfertigt wurde.

Mit dem Nachweis der mutagenen Wirkung von Röntgenstrahlen auf die Erbsubstanz durch den amerikanische Genetiker Hermann Muller 1927 wurden auch die Vermutungen, „daß Alkohol- und Nikotinmissbrauch, Blei und andere Gifte idiokinetisch wirken, Erbänderung zu Folge haben können“ (Lenz 1932, S. 8), bestärkt.

Lenz verallgemeinerte dies und stellte die These auf, dass „alle erblichen Krankheiten und krankhaften Erbanlagen [...] auf dem Wege der Mutation“ (Lenz 1932, S. 4), entstünden.

Während sich die Genetiker anfangs noch auf Grundlagenforschung beschränkten und sich in Bezug auf die Vererbung am Menschen nur vage und keinesfalls verallgemeinernd äußerten, stellten die Rassenhygieniker, neben Fritz Lenz auch Arthur Gütt, Ernst Rüdin, und Falk Ruttke, die Erkenntnisse der Vererbungslehre als gesichert dar (vgl. Henning 2000, S. 3).

So heißt es in der Einführung der Erläuterungen zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von Gütt, Rüdin und Ruttke: „Wir wissen heute, daß gute und schlechte Erbanlagen unveränderlich nach den Mendelschen Regeln über lange Geschlechterfolgen hinweg auf Kind und Kindeskind übertragen werden. Wir kennen den Erbgang vieler Krankheitszustände bereits so sicher, daß wir mit großer Wahrscheinlichkeit voraussagen können, ob und in welchem Maße die Nachkommen von erbkranken Personen an Erbschäden leiden werden.“ (Gütt et al. 1936, S. 16)

1.3 Strategien rassenhygienischer Sozialpolitik

Die Grundzüge rassenhygienischer Sozialpolitik lassen sich bis zum Ende des 19. Jahrhunderts zurückverfolgen. So schlug Schallmayer schon 1891 die Einführung von obligatorischen Personalbögen zur Beurteilung der Erbanlagen vor. Dieser Vorschlag wurde später von Ernst Rüdin, Max v. Gruber, Herman Lundborg u.a. wieder aufgegriffen (vgl. Becker 1988, S. 26 – 44).

Ein zentrales Organ in der Diskussion um rassenhygienische Maßnahmen war die bereits 1905 von Alfred Ploetz gegründete „Gesellschaft für Rassenhygiene“ zu deren Mitgliedern auch Fritz Lenz zählte, welcher 1923 auf den ersten Lehrstuhl für Rassenhygiene in München berufen wurde (vgl. Becker 1988, S. 107 – 111).

Die rassenhygienische Sozialpolitik lässt sich laut Gisela Bock in zwei verschiedene Grundtendenzen einteilen. Zum einen die „pronatalistische“, positive Eugenik zur Förderung von erbbiologisch hochwertigen Nachkommen und zum anderen die „antinatalistische“, negative Eugenik zur Verhinderung von erbkrankem Nachwuchs.

Zu den pronatalistischen Maßnahmen lässt sich das am 1. Juni 1933 beschlossene und ab August ausgegebene Ehestandsdarlehen zählen. Hierdurch sollte die Zahl der Frühehen ansteigen und die Fruchtbarkeitsperiode der Frau ausgenutzt werden (vgl. Bock 1986, S. 146). Ehestandsdarlehen konnten nach ärztlicher Untersuchung und Ausstellung eines Gesundheitszeugnisses von arischen, gesunden Personen beantragt werden (vgl. Gütt 1938, S. 51 – 54).

Die Auszahlung erfolgte nicht bar, sondern in Form von „Bedarfdeckungsscheinen“ für die Wohnungseinrichtung. Als „Anreiz“ für viele Geburten sollte der pro Kind erlassene Anteil von 25 % des Darlehens dienen, was im Volksmund auch als „Abkindern“ bezeichnet wurde (vgl. Bock 1986, S. 147). Ein weiterer finanzieller Anreiz für die Reproduktion stellte die steuerliche Begünstigung von kinderreichen Ehepaaren und die 1936 eingeführten Kinderbeihilfen für Mütter dar (vgl. Bock 1986, S. 172).

Im Jahre 1935 gründete Heinrich Himmler den „Lebensborn e.V.“, der wenigen „wertvollen“ Müttern unehelicher Kinder die materielle Möglichkeit zur Austragung und Betreuung der Kinder bot. Die Väter dieser Kinder waren zumeist Mitglieder der SS oder sonstige „Würdenträger“ (vgl. Bock 1986, S. 128).

Stärker noch als auf die positiven eugenischen Maßnahmen legten die Nationalsozialisten Wert auf die antinatalistische Rassenpolitik, die ihre Grundlagen schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts fand.

Bereits in den 20er Jahren wurde die Einführung von Eheauglichkeitszeugnissen vor dem Eingehen der Ehe diskutiert. Das Reichsgesetz vom 11.06.1920 verpflichtete die Standesämter zur Aushändigung eines Merkblattes, das auf die Wichtigkeit der ärztlichen Beratung vor der Eheschließung hinwies (vgl. Bauer et al. 1932, S. 255 – 267).

1935 gipfelte diese Maßnahme im „Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz)“ vom 18. Oktober 1935, in dem das Vorliegen eines Eheauglichkeitszeugnisses zur Pflicht wurde und Erbkrankte von der Eheschließung mit fruchtbaren Erbgesunden ausgeschlossen wurden (vgl. Gütt et al. 1937, S. 36 – 71).

Arthur Gütt schrieb hierzu in seinen Gesetzeserläuterungen: „Durch die Auswirkungen dieses Gesetzes erhalten die gesundheitspolitischen Bestrebungen des nationalsozialistischen Staates eine gewisse Krönung. Letzten Endes sind nicht die auszusprechenden Eheverbote, sondern die damit gesetzlich verankerte Eheberatung die wichtigste Folge des Gesetzes. Alles kommt danach auf die Erziehung zur Erbgesundheit und Rassenreinheit an! Rasse und Erbgesundheit eines Menschen sind nicht zu trennen.“ (Gütt et al. 1937, S. 56).

Nach US-amerikanischem Vorbild, wo in einigen Staaten, u.a. Indiana, schon 1907 gesetzliche Sterilisationen an Strafgefangenen erfolgten, wurden auch in Europa Sterilisationen gesetzlich geregelt. So folgten die Schweiz sowie Dänemark und Teile Kanadas dem Vorgehen Amerikas Anfang des 20. Jahrhunderts (vgl. Lenz 1932, S. 27).

In Deutschland wurden zwar schon seit der ersten bekannt gewordenen Sterilisation durch F. A. Kehrer im Jahre 1897 Sterilisationen durchgeführt, diese jedoch nicht aufgrund offizieller eugenischer Indikation, sondern eher mit „gesundheitlicher“ Begründung (vgl. Kehrer 1897, S. 961 – 965).

So berichtete F. Engelmann 1927 im „Handbuch der Gynäkologie“ über die Sterilisierung von psychisch Kranken zur Verhinderung einer Verschlimmerung der Erkrankung während der Schwangerschaft (vgl. Engelmann 1927, S. 197 – 201).

Nach der Machtübernahme Hitlers im Jahre 1933 wurde die Zwangssterilisation in Deutschland auf eine gesetzliche Basis gestellt.

1.4 Gesetzliche Grundlagen der Zwangssterilisation

1.4.1 Die Entstehung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Bereits 1925 wurde vom Zwickauer Medizinalrat Gustav Boeters ein Gesetzentwurf zur Legalisierung rassenhygienischer Sterilisationen erarbeitet (vgl. Scholz und Töpolz 2005, S. 164). Dieser Gesetzentwurf wurde als „Lex Zwickau“ unter dem Titel „Die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ dem Reichstag zur Genehmigung vorgelegt. Als Voraussetzung für den Eingriff wurde hier allerdings die Einwilligung der/ des Betroffenen vorgeschlagen.

Von juristischer Seite wurde zunehmend die Empfehlung laut, dem § 224 (Körperverletzungsparagraph) des Strafgesetzbuches einen Zusatzparagraphen § 226a anzufügen, der die eugenische Sterilisation von dem Tatbestand der Körperverletzung ausschloss und somit Straffreiheit für den durchführenden Arzt bedeutete (vgl. Engelmann 1927, S. 215 – 241).

Die Verwirklichung dieses Vorschlages gelang jedoch erst nach der Machtübernahme Hitlers am 30. Januar 1933 und der darauffolgenden Auflösung des Reichstages am 31. Januar 1933, so dass am 26. Mai 1933 die eugenische Sterilisation legalisiert wurde. Hier allerdings immer noch unter der Prämisse der „Freiwilligkeit“, welche aber durch die Ausübung indirekten Zwanges in den Hintergrund rückte (vgl. Bock 1986, S. 83).

Lenz äußerte sich hierzu: „Der Rassenhygieniker tut gut, so wenig wie möglich nach Zwang und Polizei zu rufen, sondern klug die Neigungen der Menschen zu benutzen.“ (Bauer et al. 1932, S. 304).

Unterdessen wurde die Diskussion über den Erlass eines besonderen Verwaltungsgesetzes in Form des Sterilisierungsgesetzes weiter geführt.

Schon im November 1932 wurde vom preußischen Landesgesundheitsrat ein Gesetzentwurf vorgelegt und auch der Deutsche Ärztenbund forderte dringlich ein Sondergesetz und nicht nur die Änderung des Körperverletzungsparagraphen.

Zu diesem Zwecke wurde am 1. Mai 1933 Dr. Arthur Gütt zum Medizinalreferenten im Reichsinnenministerium ernannt und mit der Ausarbeitung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (G.z.V.e.N.) beauftragt.

In Zusammenarbeit mit dem Erbpsychiater Ernst Rüdin, dem Juristen Falk Ruttke und dem im Mai gegründeten „Ausschuß für Rassenhygiene“ erarbeitete Gütt das Sterilisationsgesetz und den Kommentar dazu.

Hierbei orientierte er sich im Wesentlichen am preußischen Gesetzentwurf von 1932, fügte ihm aber den Zwangsparagraphen bei, der die Sterilisation auch gegen das Einverständnis der Betroffenen oder ihrer gesetzlichen Vertreter ermöglichte.

Nach dreimaliger Änderung wurde das Gesetz schließlich am 14. Juli 1933 verabschiedet und am 26. Juli 1933 bekannt gegeben. Es trat zum 1. Januar 1934 in Kraft (vgl. Bock 1986, S. 80 – 87).

1.4.2 Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses G.z.V.e.N

Das G.z.V.e.N. vom 14. Juli 1933 legitimierte die Unfruchtbarmachung (Sterilisation) von Erbkranken durch chirurgischen Eingriff insofern, dass „nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten“ sei, dass die „Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden“ (Gütt et al. 1936, S. 73).

(§ 1)

Die acht Diagnosen, aufgrund derer die Sterilisation durchgeführt werden durfte, lauteten wie folgt:

1. angeborener Schwachsinn
2. Schizophrenie
3. zirkuläres (manisch depressives) Irresein
4. erbliche Fallsucht
5. erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)
6. erbliche Blindheit
7. erbliche Taubheit
8. schwere erbliche körperliche Missbildung

Ferner konnten Personen, die an schwerem Alkoholismus litten, sterilisiert werden.

Laut § 2 und § 3 konnte der Antrag auf Unfruchtbarmachung durch die/ den Betroffene/n selbst, ihren/ seinen gesetzlichen Vertreter, einen beamteten Arzt oder durch den Leiter einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt erfolgen.

Der schriftliche Antrag hierzu war an das zuständige Erbgesundheitsgericht zu richten, (§ 4) das die Entscheidung in dem nicht öffentlichen Verfahren nach Abschluss der Ermittlungen in „freier Überzeugung“ fällte.

Die als Zeugen oder Sachverständige vernommenen Ärzte waren während des Verfahrens ohne „Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet“ (Gütt et al. 1936, S. 74). (§§ 7/8)

Innerhalb einer Notfrist von einem Monat, welche in der Gesetzesänderung vom 26. Juni 1935 auf 14 Tage gekürzt wurde, konnte von den Betroffenen oder ihren gesetzlichen Vertretern schriftlich Beschwerde gegen den Entscheid des Erbgesundheitsgerichtes eingelegt werden. In diesem Fall entschied das übergeordnete Erbgesundheitsobergericht dann endgültig über das Verfahren. (§§ 9/10)

Im Falle einer Weigerung der/ des Betroffenen, konnte die Unfruchtbarmachung auch gegen deren/ dessen Willen, notfalls mit Polizeigewalt, durchgeführt werden. (§12)

Die Kosten des Verfahrens wurden von der Staatskasse getragen. Die Kosten für den ärztlichen Eingriff entweder durch die Krankenkasse oder im Falle der Hilfsbedürftigkeit durch den Fürsorgeverband. (§ 13)

Alle am Verfahren oder an der Ausführung beteiligten Personen wurden unter Androhung von Gefängnis- oder Geldstrafe zur Verschwiegenheit verpflichtet. (§15)

Die zu diesem Gesetz erforderlichen Verwaltungsvorschriften wurden vom Reichsminister des Innern und dem Reichsminister der Justiz erlassen (§17) und regelmäßig aktualisiert.

Der Vollzug des Gesetzes oblag den Landesregierungen (vgl. Gütt et al. 1936, S. 75 – 76). (§ 16)

In der Zeit nach Einführung des G.z.V.e.N. vom 14. Juli 1933 wurde dieses mehrmals ergänzt und verändert. Im Wesentlichen zählten folgende Veränderungen dazu:

Das **erste Änderungsgesetz vom 26. Juni 1935** erlaubte auch den Abbruch einer bestehenden Schwangerschaft bis einschließlich des sechsten Schwangerschaftsmonats, wenn das Erbgesundheitsgericht die Unfruchtbarmachung der Frau beschlossen hatte. Voraussetzung hierfür war allerdings die Einwilligung der Schwangeren. (§ 10a)

Schwangerschaftsabbrüche außerhalb dieses Gesetzes waren nur zur „Abwendung einer ernsthaften Gefahr für das Leben oder die Gesundheit“ (Gütt et al. 1936, S. 80) der Schwangeren erlaubt. (§14)

Im **zweiten Änderungsgesetz vom 4. Februar 1936** wurde auch ein anderes Verfahren außer des sonst üblichen chirurgischen Eingriffes zur Unfruchtbarmachung zugelassen.

Dieses wurde in der **fünften Verordnung zur Ausführung des G.z.V.e.N. vom 25. Februar 1936** erläutert.

Demnach konnte die Unfruchtbarmachung unter folgenden Bedingungen auch durch eine Strahlenbehandlung (Röntgenstrahlen, Radiumstrahlen) erfolgen. Entweder hatte die betroffene Patientin älter als 38 Jahre zu sein oder die Vornahme des chirurgischen Eingriffes konnte aus gesundheitlichen Gründen nicht erfolgen.

Für diese Art des Eingriffes war die Zustimmung der Betroffenen nötig. Weiter mussten sich diese verpflichten, sich drei Nachuntersuchungen und notfalls einer Nachbehandlung zu unterziehen (vgl. Gütt et al. 1936, S. 102 – 103).

Die **Verordnung zur Durchführung des G.z.V.e.N. vom 31. August 1939** schränkte die gesetzlichen Sterilisierungen schließlich ein, da Anträge auf Unfruchtbarmachung nur noch bei besonders großer Gefahr der Fortpflanzung und der Unmöglichkeit des Aufschubes gestellt werden sollten. Ferner wurden Verfahren, die zum Zeitpunkt der Durchführungsverordnung noch nicht rechtskräftig waren, eingestellt (vgl. Leuthold 1975).

1.4.3 Weitere Gesetze im Rahmen der Erbgesundheitspolitik

1.4.3.1 Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre

Dieses Gesetz, dass die Eheschließung zwischen „Juden und Staatsangehörigen deutschen oder artverwandten Blutes“ (Gütt et al. 1937, S. 32) verbot, wurde am 15. September 1935 erlassen.

Weiter sah es das Verbot des außerehelichen Geschlechtsverkehrs zwischen Juden und Deutschen vor, um so das deutsche Volk vor „minderwertigem Nachwuchs“ (Gütt et al. 1937 S. 36) zu schützen.

1.4.3.2 Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes

Am 18. Oktober 1935 wurde das sogenannte Ehegesundheitsgesetz erlassen, dass die Eheschließung verbot, wenn einer der Partner an einer ansteckenden Krankheit wie z.B. einer Geschlechtskrankheit, an geistigen Störungen oder einer Erbkrankheit im Sinne des G.z.V.e.N. litt. Lag eine Erbkrankheit vor, so war die Eheschließung nur möglich, wenn der andere Verlobte unfruchtbar war.

In der Durchführungsverordnung vom 29. November 1935 wurde festgelegt, dass sich jeder Verlobte vor der Eheschließung einer Untersuchung beim Gesundheitsamt zu unterziehen hatte und sich die Ehe-tauglichkeit in Form eines Zeugnisses, dem „Ehetauglichkeitszeugnis“ bescheinigen lassen musste (vgl. Gütt et al. 1937, S. 36 – 40).

Der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes wurde aber aufgrund des Kapazitätsmangels der Gesundheitsämter auf unbestimmte Zeit verschoben.

In der vierten Durchführungsverordnung zum Sterilisationsgesetz vom 31. August 1939 wurde neben der Einschränkung der Sterilisationen schließlich auch die Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes eingestellt und die Ausstellung des Zeugnisses nur noch in besonders schweren Fällen versagt (vgl. Ganssmüller 1987, S. 132 – 147).

Beide Gesetze dienten während ihrer Gültigkeit somit einer Ausweitung des G.z.V.e.N., indem sie auch diejenigen Personen von der Fortpflanzung ausschlossen, die zwar nicht im Sinne des G.z.V.e.N. als erbkrank galten, aber dennoch den nationalsozialistischen Rassenansprüchen nicht genügten.

1.5 Der Ablauf des Sterilisationsverfahrens

Der Ablauf des Verfahrens folgte gesetzlich festgelegten Regeln und hatte mit der Anzeige auf Unfruchtbarmachung zu beginnen. Diese konnte sowohl von der/ dem Erbkranken selbst, von ihrem/ seinem gesetzlichen Vertreter oder von Personen mit medizinischer Ausbildung gestellt werden. Für Ärzte und medizinisches Personal bestand sogar eine Anzeigepflicht, unabhängig vom Alter oder Gesundheitszustand der Erbkranken. Es wurde jedoch versucht, darauf hinzuwirken, dass die erbkranke Person den Antrag selbst stellte.

Die Koordination des Sterilisationsverfahrens oblag dem zuständigen Gesundheitsamt, das die eingehenden Anzeigen zu prüfen hatte.

Zu diesem Zwecke führte der Amtsarzt nach eingehender Anamnese eine körperliche Untersuchung und ggf. einen Intelligenztest durch, um anschließend ein Gutachten zu erstellen, das zusammen mit dem Antrag auf Unfruchtbarmachung an das zuständige Erbgesundheitsgericht zu richten war. Zum Zwecke der Untersuchung konnte der Amtsarzt die/ den Betroffene/n nötigenfalls auch polizeilich vorführen lassen (vgl. Gütt et al. 1936, S. 205 – 218).

Neben den Amtsärzten waren auch Leiter von Krankenanstalten zur Antragstellung beim Erbgesundheitsgericht befugt, wählten aber häufig den Weg über das Gesundheitsamt, um ihre Anonymität zu wahren (vgl. Ganssmüller 1987, S. 46 – 47).

Über den Antrag auf Unfruchtbarmachung wurde beim Erbgesundheitsgericht entschieden. Dieses bestand aus einem Amtsrichter als Vorsitzendem, einem beamteten Arzt und einem klinisch tätigen Arzt (vgl. Gütt et al. 1936, S. 221 – 224).

Das Gerichtsverfahren wurde nicht öffentlich und unter größter Verschwiegenheit aller Beteiligten durchgeführt.

Zur Beweisführung konnten vom Erbgesundheitsgericht sowohl das vom Amtsarzt erstellte Gutachten nebst Untersuchungsbefunden verwendet werden, als auch weitere Gutachten angefordert oder sippenkundliche Ermittlungen angestellt werden.

Zeugen und Sachverständige konnten geladen werden, wobei Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden wurden (vgl. Gütt et al. 1936, S. 233 – 242).

Das persönliche Erscheinen der/ des Betroffenen konnte vom Gericht angeordnet werden, war jedoch eher die Ausnahme, so dass das Verfahren häufig ohne die/ den Betroffene/n ablief.

Erst der Erlass vom 9. Mai 1935 billigte den Erbkranken einen Anspruch auf Anhörung zu (vgl. Ganßmüller 1987, S. 48). Dies galt jedoch nicht für Bevollmächtigte oder Beistände wie z.B. Rechtsanwälte. Diesen konnte das Auftreten untersagt werden.

Die Beschlussfassung erfolgte nach dem Mehrheitsprinzip, wobei es jedoch nicht die Aufgabe des Amtsrichters sein sollte, „etwa bestehende Meinungsverschiedenheiten ärztlicher Beisitzer auf ärztlichem Gebiet durch seine Stimme zur Entscheidung zu bringen.“ (Gütt et al. 1936, S. 243 – 244).

Der Beschluss war sowohl der/ dem „Unfruchtbarzumachenden“, dem Antragsteller, als auch dem Amtsarzt schriftlich zuzustellen.

Innerhalb einer Notfrist von einem Monat und später 14 Tagen konnte von der/ dem Betroffenen, vom gesetzlichen Vertreter, vom Antragsteller, vom Amtsarzt oder von der Anstaltsleitung eine Beschwerde gegen den Beschluss eingelegt werden, über die dann durch das Erbgesundheitsobergericht entschieden wurde. Dieses bestand wie das Erbgesundheitsgericht aus einem Richter (des Oberlandesgerichtes), einem beamteten Arzt und einem weiteren approbierten Arzt.

Die Entscheidung des Erbgesundheitsobergerichtes war rechtskräftig.

Die Unfruchtbarmachung konnte erfolgen, wenn die Beschwerdefrist abgelaufen war, die betroffene Person schriftlich auf eine Beschwerde verzichtet hatte oder wenn das Erbgesundheitsobergericht den Beschluss zur Sterilisation gefasst hatte (vgl. Gütt et al. 1936, S. 243 – 258).

Nach Erhalt der Aufforderung des Amtsarztes an die/ den Betroffene/n, die Unfruchtbarmachung an sich vornehmen zu lassen, hatte die/ der Betroffene sich in einer der in der Aufforderung genannten Kliniken dem Eingriff zu unterziehen. Tat sie/ er dies nicht freiwillig, so konnte sie/ er auch mit Polizeigewalt in die Klinik gebracht werden.

Nach stationärer Aufnahme und körperlicher Untersuchung wurde die Sterilisation auf chirurgischem Wege durch einen chirurgisch geschulten Arzt oder unter bestimmten Bedingungen auch mittels Röntgen- oder Radiumstrahlung durchgeführt.

Bestanden aufgrund des Gesundheitszustandes ärztliche Bedenken gegen den Eingriff, so hatte der durchführende Arzt die Aussetzung des Verfahrens beim Amtsarzt zu beantragen.

Spätestens zwei Wochen nach Vornahme des Eingriffes hatte der ausführende Arzt dem Amtsarzt einen schriftlichen Bericht über die Unfruchtbarmachung zu erstatten (vgl. Gütt et al. 1936, S. 243 – 258).

Die Kosten für das gerichtliche Verfahren wurden von der Staatskasse getragen, wohingegen die Kosten für den ärztlichen Eingriff und den Klinikaufenthalt vom Krankenversicherungsträger der/ des Betroffenen getragen wurden. Bestand keine Krankenversicherung, wurden die Kosten im Falle der Hilfsbedürftigkeit vom Fürsorgeverband übernommen (vgl. Gütt et al. 1936, S. 280 – 294).

1.6 Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation

Mit der Gesetzesänderung vom 26. Juni 1935 war auch der Abbruch einer bestehenden Schwangerschaft einer Frau zulässig, sofern bei dieser die Unfruchtbarmachung vom Erbgesundheitsgericht beschlossen war. Hierbei war es unabhängig, ob die Schwangerschaft schon zum Zeitpunkt des Gerichtsbeschlusses bestanden hatte oder ob diese erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte. Einzig entscheidend war das Vorliegen der Schwangerschaft zum Zeitpunkt des Sterilisationseingriffes.

Zur Verhütung von Missbräuchen war der Schwangerschaftsabbruch nur unter der Voraussetzung der Einwilligung der Schwangeren oder ihres gesetzlichen Vertreters möglich. Des Weiteren war sie an die Bedingung geknüpft, dass die Frucht noch nicht lebensfähig war. Dies festzustellen lag weitestgehend im Ermessen des zuständigen Arztes. Als Richtlinie galt die Regel, dass eine Frucht vor Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats noch nicht als lebensfähig anzusehen sei.

Der Arzt hatte weiter darüber zu urteilen, ob der Gesundheitszustand der Schwangeren den Eingriff erlaube und war gehalten, diesen sonst ggf. auszusetzen.

Der Schwangerschaftsabbruch und die Unfruchtbarmachung sollten nach Möglichkeit gleichzeitig erfolgen, um zum einen der Schwangeren das Risiko eines zweimaligen Eingriffes zu ersparen und zum anderen die Kosten für den Kostenträger zu minimieren (vgl. Gütt et al. 1936, S. 258 – 263).

1.7 Der Aufbau des Gesundheitswesens im Dritten Reich

Mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 5. Juli 1934 ergriff die politische Gleichschaltung auch den medizinischen Bereich.

Die neugegründete Abteilung „Volksgesundheit“ des Reichsministeriums des Innern, dessen Chef Arthur Gütt war, diente zur Zusammenfassung der verschiedenen Arbeitsgebiete im öffentlichen Gesundheitsdienst und schloss alle bestehenden Verbände und Vereine, die sich mit Bevölkerungspolitik und Erb- und Rassenpflege beschäftigten, zusammen.

Der „Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst“ gliederte sich in zwei Hauptabteilungen: Die Hauptabteilung 1 für Volkspflege, welche sich mit der Rassenpflege und Erbkunde beschäftigte und die Hauptabteilung 2 mit dem Schwerpunkt der allgemeinen Gesundheitspflege.

Zur Durchführung der gesundheitspolitischen Maßnahmen wurden eine Vielzahl neuer Gesundheitsämter in den Stadt- und Landkreisen eingerichtet, so dass es 1938 reichsweit etwa 740 Gesundheitsämter gab.

Diese unterstanden unter Zwischenschaltung von Verwaltungsinstanzen der Landes- und Bezirksregierungen wieder dem Innenministerium (vgl. Gütt 1938, S. 10 – 20).

Neben den Gesundheitsämtern unterlagen auch Versicherungsanstalten, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Jugend- und Standesämter und der Rettungsdienst der Abteilung „Volksgesundheit“, so dass letztlich sämtliche gesundheitliche Einrichtungen durch die Gleichschaltung dem Reichsministerium des Innern unterstellt waren (vgl. Gütt 1938, S. 12).

1.7.1 Die Rolle der Gesundheitsämter

Bei der Besetzung der Gesundheitsämter wurde darauf geachtet, „daß in erster Linie Ärzte heranzuziehen sind, die auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung stehen.“(Gütt 1938, S. 24).

Die Aufgaben der Gesundheitsämter gliederten sich in drei Hauptbereiche:

1. Gesundheitsaufsicht und Gesundheitsschutz
2. Erb- und Rassenpflege
3. Gesundheitspflege,

wobei der Erb- und Rassenpflege besondere Bedeutung beigemessen wurde und ein Großteil der Arbeitsaufgaben in der Durchführung des G.z.V.e.N., des Ehegesundheits- und des Blutschutzgesetzes lag (vgl. Gütt 1938, S. 26 – 38).

Die beamteten Ärzte leiteten die Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege und hatten die Durchführung der Erbbestandsaufnahme vorzunehmen. Zu diesem Zwecke wurden alle Untersuchungs- und Ermittlungsbefunde nach Einzelpersonen und Sippen gesammelt und archiviert.

Weiter führten die Gesundheitsämter die Untersuchungen zum Ehestandsdarlehen und zur Eheauglichkeit anhand der vom Innenministerium und dem Reichsgesundheitsamt herausgegebenen Prüfungsbögen durch (vgl. Gütt 1938, S. 38 – 56).

Auch die gesundheitliche Erziehung der Schüler und eine altersentsprechende Belehrung über die Grundgedanken der Erbgesundheits- und Rassenpflege oblag den Gesundheitsämtern.

Als ein großer Aufgabenbereich gestaltete sich die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, bei dem dem Amtsarzt die Aufgabe zukam, „gesetzliche Maßnahmen von weittragender Wirkung selbst durchzuführen.“ (Gütt 1939, S. 265).

1.7.2 Die Rolle der Ärzteschaft

Im Jahre 1933 ernannte Hitler Dr. Gerhard Wagner zum Reichsärztesführer und übertrug ihm die Aufgabe der Gleichschaltung der Ärzteschaft (vgl. Zehmisch 2005, S. 142).

Die Aufgabe des Arztes bestand fortan nicht mehr in der auf den einzelnen Patienten ausgerichteten Heilkunst, sondern in der am Volk und an der Rasse orientierten Tätigkeit.

Dies machte eine Politisierung des bisher eher unpolitischen Arztes nötig, die sich in der Organisierung der Ärzteschaft in der NSDAP und im Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund deutlich machte.

Etwa 45 % der deutschen Ärzteschaft waren in der NSDAP vertreten, 26 % dieses Kollektivs waren Mitglieder der SA, 7 % Mitglieder der SS (vgl. Heesch 1995, S. 10).

Wagners Ziel bestand u.a. in der „Entjudung“ des Berufsstandes, was dazu führte, dass nur noch arische Ärzte die Zulassung zur Krankenkassentätigkeit erhielten. Unter den arischen Ärzten wurden nur NS-ideologietreue Ärzte für die Durchführung der Sterilisationen ausgewählt und auch die Besetzung der Gesundheitsämter und der Erbgesundheitsgerichte erfolgte ausschließlich mit Ärzten nationalsozialistischer Weltanschauung (vgl. Ganssmüller 1987, S. 52 – 60).

Auf die Ärzte kam im NS-Staat eine Aufgabe mit weitreichender Bedeutung zu. Sie hatten zu entscheiden, ob „erbggesund“ oder „erbkrank“, rassenhygienisch „wertvoll“ oder „unwertig“, waren zur Anzeige bei Vorliegen des Verdachtes einer Erbkrankheit verpflichtet, erstellten Gutachten im Zuge des Gerichtsverfahrens und führten abschließend auch die Sterilisationseingriffe durch.

1.8 Propaganda im NS-Staat

Mit Beginn der Machtergreifung Hitlers startete auch ein breit angelegter Propagandafeldzug zur Legitimierung der „negativen Bevölkerungspolitik“ und zur Vorbeugung von Angst und Abneigung des deutschen Volkes gegenüber dem G.z.V.e.N..

Zu diesem Zweck wurde im Juni 1933 das „Aufklärungsamt für Bevölkerungspolitik und Rassenpflege“ gegründet, das am 17.11.1933 durch eine Verfügung Rudolf Heß in das „Rassenpolitische Amt der NSDAP“ (RPA) umbenannt wurde.

Die Aufgabe des Amtes bestand in der Vereinheitlichung und Überwachung der gesamten Schulungs- und Rassenpropagandaarbeit auf dem Gebiet der Bevölkerungs- und Rassenpolitik.

Wer sich öffentlich zu Fragen der Rassen- und Bevölkerungspolitik äußern wollte, musste zuvor an einer Schulung des Amtes teilnehmen (vgl. Rost 1992, S. 45 – 46).

Die Aufgabe des Gesundheitsamtes war es, darauf zu achten, „dass Vorträge, Ausstellungen, Veranstaltungen nach ärztlicher Ansicht und den anerkannten Grundsätzen der Wissenschaft einwandfrei sind und dem Willen der Reichsregierung entsprechen.“ (Gütt 1939, S. 270).

Die propagandistische Vision vom „Untergang des deutschen Volkes“ durch Erbkrankheiten durchdrang sämtliche Bevölkerungs- und Altersschichten. So wurde schon in der Schule der Grundstein für das rassenideologische Denken gelegt. Mathematikaufgaben beinhalteten z.B. Berechnungen zur Kostenentstehung durch behinderte Kinder im Vergleich zu gesunden Kindern (vgl. Krink, S 1).

Auch die Hochschulen dienten als Forum der rassenhygienischen Propaganda, die sich insbesondere auf den Bereich des Medizinstudiums auswirkte.

1936 wurde die Lehre der Rassenhygiene als Prüfungsfach eingeführt und 1939 galt sie als Pflichtfach für alle Medizinstudenten (vgl. Henning 2000, S. 45).

Um auch die breite Bevölkerung zu erreichen, wurde in allen Medien, so in Film, Funk, Theaterstücken und allgemeinen Zeitungen bis hin zur Fachpresse, Propaganda für die Zwangssterilisation betrieben.

Das „Rassenpolitische Amt der NSDAP“ stellte neben zahlreichen Merkblättern und Schriftenreihen wie z.B. „Die Frau als Richterin über Leben und Tod ihres Volkes“ oder „Die Aufgabe der Frau für die Aufartung“ (Gütt 1939, S. 271) eine Vielzahl von Dokumentar-Propagandafilmen bereit. Diese basierten auf Darstellungen kranker Menschen, den

sogenannten „Erbkranken“, gekoppelt mit Titulierungen wie „Betrüger“, „Sittlichkeitsverbrecher“ oder „Mörder“, so dass neben Mitleid auch Abscheu und Erschrecken geweckt wurde.

Weiter wurde auf die hohe Zahl der Nachkommen der „Erbkranken“ hingewiesen und die dadurch bedingten Kosten und vielfältigen Belastungen des „Volkskörpers“ thematisiert.

Das anfänglich geregte Mitleid sollte so im Verlauf des Filmes durch das Gefühl der Bedrohung ersetzt werden.

Die Filme wurden auf den Eigenveranstaltungen des RPAs, bei den Gaufilmstellen der „Reichspropagandaleitung“ (RPL) und auch im Kino gezeigt und erreichten so ein Millionenpublikum (vgl. Rost 1992, S. 51 – 56).

Als ein weiteres Instrument zur „Volksbelehrung“ diente das 1912 gegründete „Deutsche Hygiene-Museum“. Dieses zunächst als Bildungsstätte für allgemeine Gesundheitspflege und Volksgesundheit gedachte Museum wurde schon zu Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft zum Zwecke der rassenhygienischen Propaganda genutzt und so anhand von Plakaten und Schautafeln das Idealbild des rassisch einwandfreien Menschen dargestellt.

Zur Legitimierung der Unterordnung des Einzelnen unter den Willen des Volkes und des Führers diente das propagierte „Gesetz der Organisation – das biologische Führerprinzip“, das die biologische Lenkung des menschlichen Organismus mit der unsichtbaren und dennoch sinnvollen Lenkung des Volkes durch den Willen des Führers verglich (vgl. Fey 2005, S. 160).

Somit war nicht mehr die Selbststeuerung des Menschen entscheidend, sondern die Einordnung in den fremdgesteuerten Volkskörper, was als Voraussetzung für die Akzeptanz der nationalsozialistischen Politik durch die Bevölkerung zu werten ist.

1.9 Operative Durchführung der Sterilisationen

Das G.z.V.e.N. forderte die Durchführung der Sterilisation auf chirurgischem Weg durch einen in der Chirurgie erfahrenen Arzt. Da es aber keine einheitliche Richtlinie für die praktische Durchführung gab, wurden in der folgenden Zeit viele verschiedene Verfahren erprobt und beschrieben.

Schon 1897 wurden die ersten Sterilisationen von F. A. Kehrer im „Zentralblatt für Gynäkologie“ beschrieben. Diese erfolgten damals allerdings noch nicht aus eugenischen Gründen, sondern zum Schutz der Frau z.B. bei konstitutionellen Erkrankungen.

Kehrer ging bei den von ihm beschriebenen Operationen vom vorderen Scheidenschnitt aus vor und führte eine Unterbindung und Durchschneidung der Tuben an den Isthmi durch (vgl. Kehrer 1897, S. 961 – 965).

Zeitgenossen wie O. Beuttner und E. Arendt bevorzugten andere Zugangswege wie die abdominelle Laparotomie (vgl. Beuttner 1897, S. 1227 – 1228)) bzw. den hinteren Scheidenschnitt (vgl. Arendt 1897, S. 1318 – 1323).

Schon hier zeichneten sich deutliche Unterschiede und Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Vorgehens und der bestmöglichen Technik unter den Fachkollegen ab, die dieses Problem auch nach Inkrafttreten des G.z.V.e.N. ausführlich in der Fachpresse diskutierten.

F. C. Hilgenberg schrieb hierzu: „Zwar verfügen wir über eine Unmenge von Verfahren, die zwecks Sterilisation angegeben worden sind; aber gerade aus dieser großen Zahl und mannigfachen Art der Verfahren ist einwandfrei zu schließen, daß keines von allen den Erfordernissen entsprechend als ideell angesehen werden kann.“ (Hilgenberg 1935, S. 1453).

Es kristallisierten sich im Wesentlichen drei operative Zugangswege für die Sterilisation heraus. Dies waren der Bauchdeckenschnitt, der längs oder quer erfolgen konnte, der Scheidenschnitt und der Zugangsweg über die Leiste (vgl. Holtermann 1935, S. 2472 – 2476).

Prof. Dr. Heinrich Eymer schrieb das Kapitel „Die Unfruchtbarmachung der Frau“ in der zweiten Auflage der Gesetzeserläuterungen zum G.z.V.e.N. von Gütt, Rüdin, Ruttke und fasste hier die verschiedenen gängigen Sterilisationsverfahren zusammen.

Neben der totalen Exzision des Eileiters oder der Teilexzision nur des isthmischen Teils der Tube auf dem abdominellen oder vaginalen Zugangsweg beschrieb er als weitere häufig verwendete Methode die Tubenquetschung nach Madlener und die inguinale Sterilisation nach Menge (vgl. Eymer 1936, S. 331 – 337).

Die Tubenquetschung nach Madlener wurde aufgrund des relativ unblutigen Vorgehens vielfach als die einfachste und unkomplizierteste Methode angesehen (vgl. Krabbel 1939, S. 157 – 158), wohingegen nach Meinung Engelmanns die Keilexzision des isthmischen Tubenanteils und anschließende Versenkung des unterbundenen Tubenrohres zwischen die Blätter des Lig. latum als die sicherste Methode erachtet wurde (vgl. Engelmann 1927, S. 250 – 268).

Unter dem Gesichtspunkt des bestmöglichen Endergebnisses bezüglich der Sterilität und dem Versuch der Minimierung des Operationsrisikos wurden in den deutschen Kliniken unterschiedliche Sterilisationsmethoden erprobt und verbessert.

2 Material und Methoden

2.1 Archivmaterial an der Universitäts-Frauenklinik Kiel

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Auswertung der im Archiv der Universitäts-Frauenklinik Kiel vorhandenen Materialien aus der Zeit vom 12. September 1932 bis zum 1. Februar 1940.

Da mit der Durchführungsverordnung vom 31. August 1939 die Sterilisationen weitgehend eingeschränkt wurden, beschränkten wir uns bei der Aktenauswertung auf die vorliegenden Materialien bis Anfang 1940.

Dies waren die Hauptbücher der gynäkologischen Abteilung der Klinik aus den Jahren 1932 bis 1940 und die gynäkologischen Journale der Jahre 1932 bis 1940.

2.1.1 Hauptbücher

Um eine Gesamtübersicht über die Anzahl der in der Zeit von 1932 bis 1940 nach dem G.z.V.e.N. sterilisierten Frauen zu gewinnen, verwendeten wir die Hauptbücher der Klinik.

In diesen waren alle Patientinnen der gynäkologischen Abteilung, chronologisch nach Aufnahmedatum geordnet, aufgeführt.

Jeder Patientin war eine fortlaufende Nummerierung zugeordnet unter der die Akte der Patientin in den gynäkologischen Journalen zu finden war.

Neben dieser Patienten-Identifikationsnummer waren in der Regel der Name der Patientin, das Alter, der Stand und der Wohnort, das Aufnahme- und Entlassungsdatum, das OP-Datum und die Diagnose aufgeführt. Die Diagnose der zur Sterilisation bestellten Patientinnen bestand allerdings häufig nur aus einem Eintrag, der die Einweisung durch den Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes deutlich machte.

Anhand dieser Hauptbücher wurden alle Fälle von Sterilisationen nach dem G.z.V.e.N. herausgesucht und die Patienten-Identifikationsnummer, der Name der Patientin, das OP-Datum und eine vorläufige Diagnose in eine elektronische Datenbank eingegeben.

2.1.2 Gynäkologische Journale

Die gynäkologischen Journale der Patientinnen aus der Zeit von 1932 bis 1940 lagen teils zu Büchern gebunden, teils in dicken Metallordnern abgeheftet vor.

Sie enthielten die Krankenakten aller in diesem Zeitraum in der gynäkologischen Abteilung behandelten Patientinnen und waren anhand der Patienten-Identifikationsnummern weitestgehend chronologisch geordnet.

Die Krankenakten der zu sterilisierenden Patientinnen enthielten neben einem handschriftlichen Aufnahmebogen mit den Personalien der Patientinnen und Aufzeichnungen über die körperliche Untersuchung, einen kurzen Operationsbericht, eine Pflegekurve und einen ärztlichen Bericht über die Sterilisation in Form einer Standardvorlage.¹

Teilweise lagen auch Gutachten von Ärzten anderer Fachbereiche wie z.B. internistische Gutachten, Abschriften von Korrespondenzen zwischen Patienten, Ärzten und übergeordneten Instanzen, Patientenbenachrichtigungen über den Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes und Einverständniserklärungen der Patientinnen im Falle eines Schwangerschaftsabbruches vor.

In einigen seltenen Fällen war auch der Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes in den Akten abgeheftet.

Anhand der Patientenakten ergänzten wir die Eintragungen in die Datenbank um folgende Kriterien: Alter, Wohnort, Familienstand, Beruf, Anzahl der Schwangerschaften und Geburten, Einweiser, Kostenträger, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Diagnose, Nebendiagnosen, Operateur, Assistenten, Operationsmethode, Nebenprozeduren und Operationsdauer.

Da in einigen Fällen die Einträge in den Akten unvollständig waren und Angaben wie z.B. zum Alter, zur Diagnose oder zur Operation fehlten, musste bei der Auswertung auf diese Daten verzichtet werden.

In jenen wenigen Fällen, in denen Krankenakten nicht mehr aufzufinden waren, dies war insbesondere in den frühen Jahren 1932 und 1933 der Fall, beschränkten wir uns auf die Angaben aus den Hauptbüchern, so dass auch hier die Daten leider nicht ganz vollständig erhoben werden konnten.

¹ Standardvorlage siehe Anhang

2.2 Statistische Auswertung

Das so gewonnene Material gaben wir in eine elektronische Datenbank ein, werteten es in Form von absoluten und prozentualen Häufigkeiten aus und setzten die Werte in Bezug zueinander.

Da es aufgrund der unvollständigen Aktenlage in einigen Bereichen zu Differenzen zwischen zu ermittelnden Daten und tatsächlicher Patientenzahl gekommen ist, werden in diesen Fällen im Folgenden sowohl die Prozentangaben bezogen auf das Gesamtkollektiv, als auch die gültigen Prozente, die sich auf das zu ermittelnde Patientenkollektiv beziehen, angegeben.

3 Ergebnisse

3.1 Zwangsterilisationen an der Universitäts-Frauenklinik Kiel von 1932 bis 1940

Die Zwangssterilisationen wurden zwischen dem 13. September 1932 und dem 15. Januar 1940 durchgeführt. In diesem Zeitraum wurden an der Universitäts-Frauenklinik Kiel 536 Frauen nach dem G.z.V.e.N. sterilisiert.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der Zwangssterilisationen in den Jahren 1932 bis 1940.

Tabelle 1: Anzahl der Zwangssterilisationen von 1932 bis 1940

	Anzahl	Prozent
1932	1	0,2
1933	5	0,9
1934	125	23,3
1935	119	22,2
1936	95	17,7
1937	97	18,1
1938	52	9,7
1939	41	7,6
1940	1	0,2
<i>Gesamt</i>	536	100,0

Es fällt auf, dass bereits vor Inkrafttreten des G.z.V.e.N. am 1. Januar 1934 Sterilisationen durchgeführt wurden. Es handelte sich um sechs Eingriffe, die in den Jahren 1932 und 1933 erfolgten.

Aufgrund von unvollständiger Aktenlage aus den Jahren 1932 und 1933, kann hier nur eine ungefähre Zahl von einer Sterilisation 1932 und fünf Eingriffen 1933 angegeben werden.

Nach Inkrafttreten des G.z.V.e.N. fand ein schnelles Anlaufen der Zwangssterilisationen statt. So fanden in den Jahren 1934 und 1935 mit 125 bzw. 119 Sterilisationen die meisten Eingriffe statt. Danach reduzierte sich die Zahl der Sterilisationen bis 1939.

Im Jahre 1936 erfolgten 95 Eingriffe, 1937 waren es 97 Sterilisationen. Weiter abnehmende Sterilisationszahlen wurden auch mit 52 Eingriffen 1938 und 41 Unfruchtbarmachungen im Jahre 1939 verzeichnet. Zu Beginn des Jahres 1940 wurde lediglich ein Sterilisationseingriff verzeichnet.

Neben den Zwangssterilisationen im Rahmen des G.z.V.e.N. wurden an der Universitäts-Frauenklinik Kiel auch Sterilisationen auf freiwilliger Basis durchgeführt. Diese erfolgten aufgrund von schlechtem gesundheitlichen Zustand der Patientinnen, so dass weitere Schwangerschaften eine Gefahr für die Patientinnen bedeutet hätten. Die exemplarische Sichtung der Operationsbücher für die Jahre 1934 und 1935 ergab eine Anzahl von zusätzlich zehn Sterilisationen, die aufgrund von Herzerkrankungen, Thrombophlebitiden und Zustand nach komplizierten Geburten erfolgten.

Sterilisationen auf freiwilliger Basis nahmen einen Anteil von 3,9 % der in den Jahren 1934 und 1935 insgesamt durchgeführten Sterilisationen (254) ein.

3.2 Altersstruktur der sterilisierten Frauen

Die Verordnung zur Ausführung des G.z.V.e.N. vom 5. Dezember 1933 gab Richtlinien für das Alter der zu sterilisierenden Frauen vor. So sollte die Unfruchtbarmachung „nicht vor Vollendung des zehnten Lebensjahres“ vorgenommen werden oder wenn „der Erbkrankte infolge hohen Alters [...] nicht fortpflanzungsfähig...“ (Gütt et al. 1936, S. 84) sei.

Die Tabelle 2 stellt das mittlere Alter der im Zeitraum von 1934 bis 1939 in der Universitäts-Frauenklinik Kiel sterilisierten Patientinnen mit Angabe der Minima und Maxima dar.

Bei 27 der Patientinnen konnte keine Altersangabe aus den Akten entnommen werden, so dass sich die Auswertung auf die 509 ermittelten Altersangaben bezieht.

Tabelle 2: Alter der sterilisierten Patientinnen

N	Gültig	509
	Fehlend	27
Mittelwert		25,97
Standardabweichung		7,436
Minimum		11
Maximum		48

Das mittlere Alter der Patientinnen lag zum Zeitpunkt der Operation bei knapp 26 Jahren (25,97). Die Jüngste der Patientinnen war 11 Jahre alt, die Älteste 48 Jahre alt.

Die nachfolgende Tabelle 3 stellt die Altersverteilung der Patientinnen zwischen 1934 und 1939 bezogen auf Altersgruppen dar.

Tabelle 3: Altersverteilung in Gruppen

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
- 14 J	15	2,8	2,9
15-19 J	96	17,9	18,9
20-24 J	125	23,3	24,6
25-29 J	110	20,5	21,6
30-34 J	86	16,0	16,9
35-39 J	54	10,1	10,6
40-44 J	21	3,9	4,1
45-49 J	2	0,4	0,4
gesamt	509	95,0	100,0
fehlend	27	5,0	
<i>Gesamt</i>	536	100,0	

Es wurden insgesamt 15 Mädchen sterilisiert, die jünger als 14 Jahre alt waren.

Die meisten Frauen, insgesamt 125, waren zwischen 20 und 24 Jahren alt, gefolgt von 110 Frauen im Alter von 25 bis 29 Jahren.

Frauen ab einem Lebensalter von 30 Jahren wurden seltener sterilisiert.

So fanden noch 144 der Sterilisationen an Patientinnen zwischen 30 und 40 Jahren statt, wohingegen nur 23 der Patientinnen älter als 40 Jahre waren.

Die Auswertung der Altersverteilung der Patientinnen pro Jahr² ergab, dass im Jahre 1934 sechs Sterilisationseingriffe an Unter-14jährigen erfolgten, in den Jahren 1935, 1937 und 1939 waren es jeweils drei Sterilisationen. Dies bedeutete im Jahre 1934 einen Prozentsatz von 4,8 %, wohingegen die Eingriffe bei Patientinnen unter 14 Jahren 1939 einen Anteil von 7,3 % ausmachten.

Patientinnen über 45 Jahren wurden lediglich in den Jahren 1934 und 1937 sterilisiert.

Das mittlere Alter der Patientinnen bewegte sich in den Jahren 1934 bis 1939 stets im Bereich von 25 bis 27 Jahren.

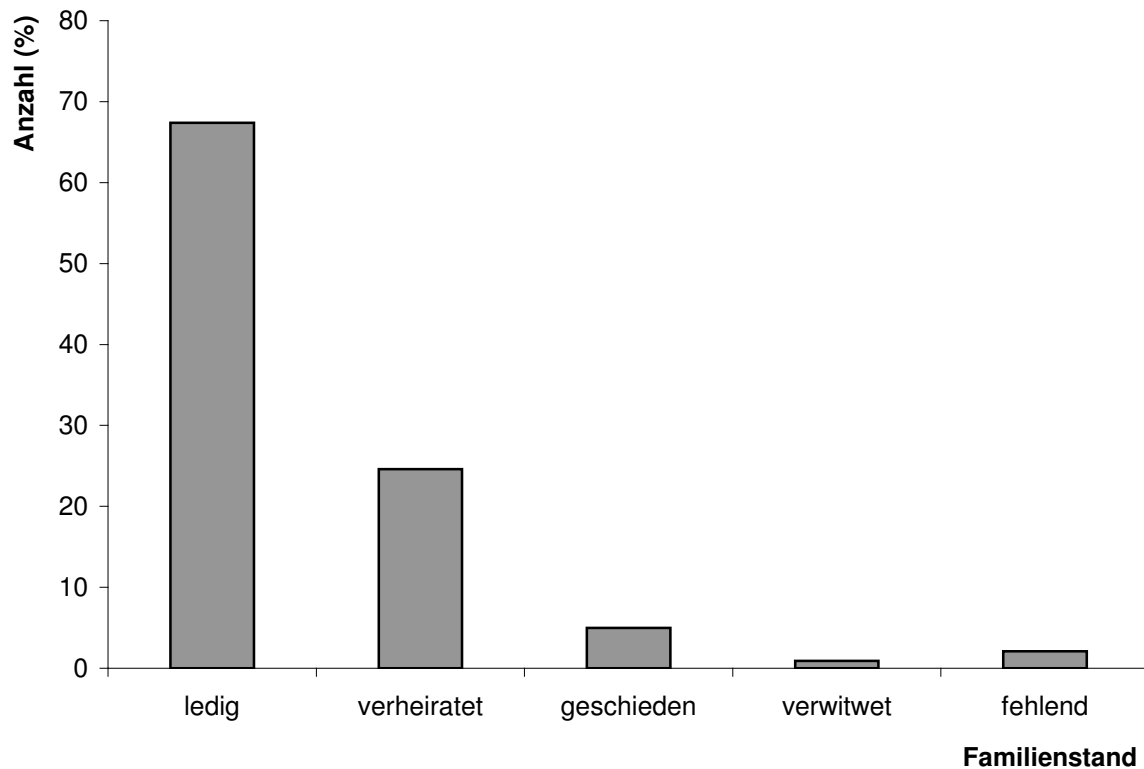
² siehe hierzu Tabellen I – VI im Anhang

3.3 Sozialer Status der Patientinnen

3.3.1 Familiärer Stand der Patientinnen

Die folgende Grafik veranschaulicht den familiären Stand der Patientinnen.

Abbildung 1: Familienstand der Patientinnen



Es wird deutlich, dass über die Hälfte der Frauen (67,4 %) ledig war. An zweiter Stelle standen die verheirateten Frauen (24,6 %), auf die im Nachfolgenden näher eingegangen wird. Nur ein kleiner Teil der Patientinnen war geschieden (5,0 %) oder verwitwet (0,9 %). In 2,1 % der Fälle fehlten Angaben zum familiären Stand der Patientinnen.

In der Regel war bei verheirateten Frauen der Beruf des Ehemannes in den Patientenakten angegeben, so dass dieser zur genaueren Einordnung des sozialen Status der Patientinnen verwendet werden konnte.

Tabelle 4: Beruf der Ehemänner

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Arbeiter	85	64,4	67,5
Handwerker	31	23,5	24,6
Akademiker	3	2,3	2,4
Straßenbahnführer	3	2,3	2,4
Händler	2	1,5	1,6
Bauunternehmer	1	0,8	0,8
Seemann	1	0,8	0,8
Gesamt	126	95,5	100,0
Fehlend	6	4,5	
<i>Gesamt</i>	132	100,0	

Die meisten Ehemänner der 132 verheirateten Frauen waren als Arbeiter tätig (64,4 %), etwa ein Viertel (23,5 %) der Ehemänner übten einen Handwerksberuf aus.

Seltener vertretene Berufe waren Straßenbahnführer, Händler und Seemann.

Nur vier verheiratete Frauen stammten aus höheren sozialen Schichten und waren mit einem Akademiker (2,3%) bzw. mit einem Bauunternehmer (0,8 %) verheiratet.

In sechs Fällen fehlten Angaben zum Beruf des Ehemannes.

3.3.2 Berufliche Situation der Patientinnen

Da die in den Krankenakten angegebenen Berufe der Patientinnen sehr vielfältig waren, ordneten wir diese in Berufsgruppen ein.

Tabelle 5: Beruf der Patientinnen

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
ohne Beruf	261	48,7	49,6
Hausfrau	119	22,2	22,6
Hausangestellte	108	20,1	20,5
Arbeiterin / Landarbeiterin	17	3,2	3,2
Schneiderin / Näherin / Stickerin	7	1,3	1,3
Schülerin / Lehrling	5	0,9	1,0
Wäscherin / Büglerin	3	0,6	0,6
Hilfstätigkeiten	2	0,4	0,4
“Puella publica” (Prostituierte)	1	0,2	0,2
Stenotypistin	1	0,2	0,2
Gewerbelehrerin	1	0,2	0,2
Krankenschwester	1	0,2	0,2
Gesamt	526	98,1	100,0
Fehlend	10	1,9	
<i>Gesamt</i>	536	100,0	

Die zahlenmäßige Auswertung der angegebenen Berufsgruppen der Patientinnen ergab, wie in Tabelle 5 ersichtlich, dass etwa die Hälfte (48,7 %) der zwangssterilisierten Frauen keiner Berufstätigkeit nachgingen.

Insofern die Patientinnen einen Beruf ausübten, bestand dieser überwiegend in hauswirtschaftlicher Tätigkeit, wobei 22,2 % der Frauen als Hausfrauen und 20,1 % der Patientinnen als Hausangestellte außerhalb des eigenen Haushaltes arbeiteten.

Nur ein geringer Teil der Frauen ging anderen beruflichen Tätigkeiten nach. So waren 3,2 % der Frauen als Arbeiterin und 1,3 % als Schneiderin tätig. Weitere 2,7 % der Frauen übten Hilfstätigkeiten aus, arbeiteten als Wäscherin, Stenotypistin, Lehrerin, Krankenschwester, Prostituierte oder waren Schülerin.

In zehn Fällen war den Akten keine Angabe zum Beruf der Patientin zu entnehmen.

Bei der Betrachtung der Berufsverteilung auf die einzelnen Jahre gesehen,³ ergab sich eine Abnahme der Anzahl an Patientinnen ohne berufliche Tätigkeit von 56,8 % im Jahre 1934 hin zu 39,0 % im Jahre 1939.

Im Gegensatz hierzu war ein Anstieg der Zahl der Arbeiterinnen von 2,5 % 1935 auf 7,3 % im Jahre 1939 zu verzeichnen.

Die als Gewerbelehrerin und Stenotypistin arbeitenden Frauen wurden beide im Jahre 1939 sterilisiert. Im hauswirtschaftlichen Bereich ließ sich in den Jahren 1934 bis 1939 keine eindeutige Veränderungstendenz erkennen.

³ siehe hierzu Tabellen VII - XII im Anhang

3.4 Wohnortverteilung

Das Einzugsgebiet der Universitäts-Frauenklinik Kiel beschränkte sich nicht nur auf die Stadt Kiel, sondern beinhaltete auch Dörfer und Ortschaften im Kieler Umland wie z.B. Schönberg, Plön, Preetz und Rendsburg. Bis zu einem Radius von etwa 40 km wurden diese Orte unter „Umland“ zusammengefasst.

Wie aus nachfolgender Tabelle zu entnehmen, kamen 120 der Patientinnen aus dem Kieler Umland.

Tabelle 6: Wohnortverteilung

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Kiel	339	63,2	64,1
Kiel Gaarden	57	10,6	10,8
Umland	120	22,4	22,7
sonstige	13	2,4	2,5
gesamt	529	96,7	100,0
fehlend	7	1,3	
<i>Gesamt</i>	536	100,0	

Der weitaus größte Teil der Patientinnen (339) stammte allerdings aus dem Stadtgebiet Kiel. Hinzu kamen hier noch die Patientinnen, die ihren Wohnsitz in dem Arbeitergebiet Kiel Gaarden hatten. Dies waren 57 Frauen, was einem Prozentsatz von 10,6 % entsprach.

Aus weiter entfernten Orten wie z.B. Leipzig, Bremerhaven oder Altona kamen 13 Patientinnen. Bei diesen ließ sich jedoch nicht ermitteln, aus welchem Grunde sie sich in Kiel befanden und hier sterilisiert wurden.

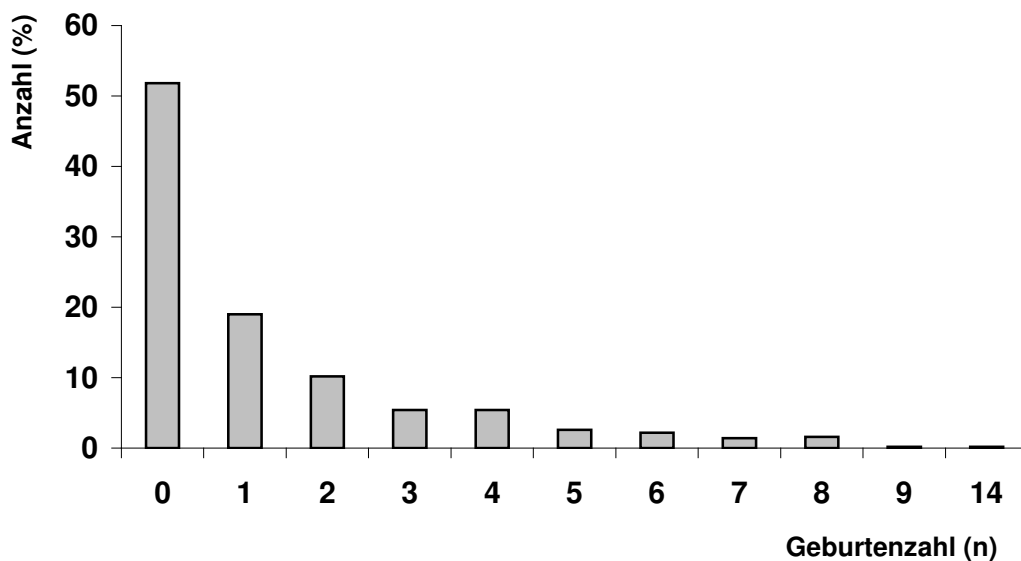
Bei sieben Akten fehlte die Wohnortangabe.

3.5 Geburtenzahl der Patientinnen

Das nachfolgende Diagramm stellt die prozentuale Verteilung der Geburtenzahl der Patientinnen dar. Die Prozentangaben beziehen sich auf jene 500 Frauen, für die Angaben zur Geburtenzahl in den Akten vorlagen.

Bei 36 Patientinnen fehlten Angaben zur Geburtenzahl.

Abbildung 2: Geburtenzahl der Patientinnen



Die Hälfte (51,8 %) der an der Universitäts-Frauenklinik zwangssterilisierten Frauen war kinderlos.

Unter den Müttern stellten jene mit einem Kind die Mehrheit dar (19,0 %), gefolgt von 51 Frauen (10,2 %), die zweifache Mutter waren. Insgesamt 10,8 % der Frauen hatten drei oder vier Kinder geboren. Mehr als vier Geburten hatten 8,4 % der Patientinnen aufzuweisen.

Mit 14 Kindern hatte eine 38jährige Patientin, die aufgrund „angeborenen Schwachsinn“ sterilisiert wurde, die größte Kinderschar.

3.6 Kostenträger

Die Kosten für den ärztlichen Eingriff der Unfruchtbarmachung und den Klinikaufenthalt wurden im Falle einer Krankenkassenmitgliedschaft von dieser, ansonsten, im Falle der Bedürftigkeit, von der Fürsorge oder Wohlfahrtsverbänden getragen.

In der Hälfte der Fälle, d.h. bei 271 Patientinnen, wurden die anfallenden Kosten an der Universitäts-Frauenklinik Kiel, wie in Tabelle 7 dargestellt, von der Fürsorge übernommen oder wie bei 5,1 % der Patientinnen vom Wohlfahrtsamt, der Gemeinde oder sonstigen Verbänden getragen.

Tabelle 7: Kostenträger

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Fürsorge	271	50,6	51,2
Krankenkasse	181	33,8	34,2
Betriebskrankenkasse	39	7,3	7,4
Gemeinde	11	2,1	2,1
Wohlfahrtsamt	10	1,9	1,9
Selbstzahler	6	1,1	1,1
Sonstige	6	1,1	1,1
Staatskasse	5	0,9	0,9
Gesamt	529	98,7	100,0
Fehlend	7	1,3	
<i>Gesamt</i>	536	100,0	

Eine Krankenkassenmitgliedschaft konnten 181 Patientinnen (33,8 %) vorweisen, so dass in diesen Fällen Orts-, Kreis- oder Landeskrankenkassen für die Kosten aufkamen. Betriebskrankenkassen wie z.B. „Deutsche Werke“ oder „Howaldtswerke“ zahlten bei 7,3 % der Betroffenen.

Bei 1,1 % der Patientinnen kamen diese selbst bzw. deren Familien für die Kosten auf und in 0,9 % der Fälle gingen die Kosten auf die Rechnung des Staates und wurden durch die Staatskasse beglichen.

Fehlende Angaben zum Kostenträger lagen bei 1,3 % der Patientinnen vor.

3.7 Sterilisationsdiagnosen

Diagnosen aufgrund derer die Zwangssterilisationen durchgeführt wurden, waren „angeborener Schwachsinn“ („Imbezillität“, „Debilität“), „Schizophrenie“, „manisch depressiver Irrsinn“, „erbliche Fallsucht“, „erblicher Veitstanz“ („Huntingtonsche Chorea“), „erbliche Blindheit“, „erbliche Taubheit“, „schwere erbliche körperliche Missbildung“ und „schwerer Alkoholismus“.

Die gynäkologischen Patientenakten der Universitäts-Frauenklinik Kiel enthielten in den meisten Fällen einen ärztlichen Bericht in Form eines Vordruckes⁴, aus welchem die Diagnosen zu entnehmen waren.

Nur in vier Fällen lag eine Ausfertigung des Beschlusses des Erbgesundheitsgerichtes in Kiel vor.

Dieser lautete bei einer Patientin mit „angeborenem Schwachsinn“:

„... Durch das amtsärztliche Gutachten des Stv. Amtsarztes Dr. med. Hoffmann in Kiel vom 13. April 1937 in Verbindung mit der Ambulanzkarte der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Kiel,..., dem persönlichen Eindruck im Termin am 29. Juni 1937, den Akten des Gesundheitsamtes in Kiel und den Ehescheidungsakten des Landgerichtes in Kiel, ..., ist einwandfrei festgestellt, dass die geschiedene Ehefrau Doris W. an der in § 1 Abs. 2 Ziff. 1 ErbGG bezeichneten Erbkrankheit leidet (angeborener Schwachsinn). Nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass ihre Nachkommen an schweren geistigen Erbschäden leiden werden. Auf den von dem genannten stv. Amtsarzt gestellten Antrag ist daher ihre Unfruchtbarmachung beschlossen.“ (Akte UFK K 500/37).

Teilweise konnten auch andere Dokumente wie Untersuchungsberichte über die Diagnose, die den Anlass zur Sterilisation bot, Auskunft geben.

Oft konnte jedoch keine Diagnose aus den Akten entnommen werden.

⁴ Vordruck siehe Anhang

3.7.1 Gesamtverteilung der Diagnosen

Eine Gesamtübersicht über die in der Universitäts-Frauenklinik Kiel dokumentierten 536 Zwangssterilisationen zeigt folgende Verteilung der Diagnosen:

Tabelle 8: Diagnosen

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	348	64,9	71,2
Schizophrenie	60	11,2	12,3
manisch-depressiver Irrsinn	1	0,2	0,2
erbliche Fallsucht	59	11,0	12,1
erbliche Blindheit	5	0,9	1,0
erbliche Taubheit	5	0,9	1,0
Schwere erbliche körperliche Missbildung	4	0,7	0,8
schwerer Alkoholismus	1	0,2	0,2
sonstige	6	1,1	1,2
gesamt	489	91,2	100,0
fehlend	47	8,8	
<i>Gesamt</i>	536	100,0	

Es konnte in 91 % der Fälle eine Diagnose aus den Akten entnommen werden.

Von 1934 bis 1939 erfolgte über die Hälfte aller Zwangssterilisationen, eine Anzahl von 348 Eingriffen (64,9 %), aufgrund „angeborenen Schwachsinn“.

An „Schizophrenie“ und „erblicher Fallsucht“ litten 11,2 % bzw. 11,0 % der Betroffenen.

Eine auffallend große Zahl von 47 Patientinnen (8,8 %) wurde ohne hierfür in den Akten zu findende Gründe zwangssterilisiert.

Aufgrund der übrigen im G.z.V.e.N. aufgeführten Diagnosen wurden deutlich weniger Patientinnen sterilisiert. An „erblicher Blindheit“ und „erblicher Taubheit“ litten jeweils fünf der Betroffenen (0,9 %), „schwere erbliche körperliche Missbildungen“ wurden bei vier Patientinnen diagnostiziert und jeweils eine der Patientinnen war an „manisch-depressivem Irrsinn“ und „schwerem Alkoholismus“ erkrankt.

Diagnosen, die keinem Krankheitsbild eindeutig zuzuordnen waren, wurden unter „sonstige“ zusammengefasst; sie stellten einen Anteil von 1,1 % der Einweisungsdiagnosen dar.

3.7.1.1 Verteilung der Diagnosen in den einzelnen Jahren

In den nachfolgenden Tabellen 9 bis 14 ist die Verteilung der Diagnosen, die zur Zwangssterilisation führten, in den Jahren 1934 bis 1939 dargestellt.

Die sieben erfassten Sterilisationen aus den Jahren 1932, 1933 und 1940 erfolgten allesamt aufgrund „angeborenen Schwachsinn“, werden hier aber wegen der geringen Fallzahl nicht weiter tabellarisch aufgeführt.

3.7.1.1.1 Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1934

Tabelle 9: Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1934

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	85	68,0	73,3
Schizophrenie	10	8,0	8,6
erbliche Fallsucht	18	14,4	15,5
schwere erbliche körperliche Missbildung	1	0,8	0,9
Sonstige	2	1,6	1,7
Gesamt	116	92,8	100,0
Fehlend	9	7,2	
<i>Gesamt</i>	125	100,0	

Die 125 durchgeführten Zwangssterilisationen erfolgten 1934 zu 68,0 % aufgrund „angeborenen Schwachsinn“, zu 8,0 % wegen „Schizophrenie“ und in 14,4 % der Fälle aufgrund „erblicher Fallsucht“. An „schwerer erblicher körperlicher Missbildung“ litt eine der Patientinnen. In zwei Fällen fiel die Diagnose unter „sonstige“ und bei neun Patientinnen konnte keine Diagnose aus den Akten ermittelt werden.

3.7.1.1.2 Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1935

Tabelle 10: Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1935

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Angeborener Schwachsinn	66	55,5	65,4
Schizophrenie	14	11,8	13,9
erbliche Fallsucht	17	14,3	16,9
erbliche Blindheit	1	0,8	0,9
schwere erbliche körperliche Missbildung	1	0,8	0,9
Sonstige	2	1,7	2,0
Gesamt	101	84,9	100,0
Fehlend	18	15,1	
<i>Gesamt</i>	119	100,0	

Auch 1935 stellte der „angeborene Schwachsinn“ mit 55,5 % den Hauptteil der Indikationen zur Zwangssterilisation dar, gefolgt von „erblicher Fallsucht“ (14,3 %) und „Schizophrenie“ (11,8 %). Jeweils eine Patientin wurde aufgrund von „erblicher Blindheit“ bzw. „schwerer erblicher körperlicher Missbildung“ sterilisiert.

Bei 19 Patientinnen (15,1 %) fehlte eine Diagnose und bei zwei der Betroffenen wurde die Diagnose unter „sonstige“ eingeordnet.

3.7.1.1.3 Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1936

Tabelle 11: Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1936

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	54	56,8	61,3
Schizophrenie	17	17,9	19,3
manisch-depressiver Irrsinn	1	1,1	1,2
erbliche Fallsucht	11	11,6	12,4
erbliche Taubheit	1	1,1	1,2
Schwere erbliche körperliche Missbildung	2	2,1	2,2
schwerer Alkoholismus	1	1,1	1,2
sonstige	1	1,1	1,2
gesamt	88	92,6	100,0
fehlend	7	7,4	
<i>Gesamt</i>	95	100,0	

Im Jahre 1936 erfolgte, wie auch in den vorherigen Jahren, der größte Anteil der Sterilisationen (56,8 %) aufgrund „angeborenen Schwachsinn“.

An zweiter Stelle (17,9 %) standen Patientinnen, die unter „Schizophrenie“ litten. Diese stellten einen größeren Anteil als in den vorherigen Jahren dar und lagen auch über dem Gesamtdurchschnitt von 11,2 % schizophrener Patientinnen.

Die Indikation „erbliche Fallsucht“ wurde bei elf Patientinnen (11,6 %) gestellt, zwei Patientinnen (2,1 %) litten an „schweren erblichen körperlichen Missbildungen“.

Erstmals erfolgte je eine Sterilisation aufgrund von „erblicher Taubheit“, „manisch depressivem Irrsinn“ und „schwerem Alkoholismus“.

Bei einer Patientin wurde die Diagnose unter „sonstige“ eingeordnet, in sieben Fällen konnten keine Sterilisationsgründe ermittelt werden.

3.7.1.1.4 Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1937

Tabelle 12: Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1937

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	76	78,4	82,6
Schizophrenie	6	6,2	6,5
erbliche Fallsucht	7	7,2	7,6
erbliche Blindheit	2	2,1	2,2
sonstige	1	1,0	1,1
gesamt	92	94,8	100,0
fehlend	5	5,2	
<i>Gesamt</i>	97	100,0	

1937 wurde mit 78,4 % ein verhältnismäßig großer Anteil an Frauen aufgrund „angeborenen Schwachsinn“ sterilisiert. Die Diagnosen „Schizophrenie“ und „erbliche Fallsucht traten mit einem Prozentsatz von 6,2 % bzw. 7,2 % seltener auf als in den Vorjahren.

Neben zwei Patientinnen mit „erblicher Blindheit“ (2,1 %) wurde eine weitere Betroffene aufgrund einer nicht eindeutig zuzuordnenden Diagnose („sonstige“) sterilisiert. Fünf Frauen wurden ohne angegebene Diagnose zwangssterilisiert.

3.7.1.1.5 Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1938

Tabelle 13: Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1938

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	38	73,1	74,5
Schizophrenie	7	13,5	13,7
erbliche Fallsucht	4	7,7	7,8
erbliche Blindheit	1	1,9	2,0
erbliche Taubheit	1	1,9	2,0
gesamt	51	98,1	100,0
fehlend	1	1,9	
<i>Gesamt</i>	52	100,0	

Auch 1938 lag die Zahl der Zwangssterilisationen aufgrund „angeborenen Schwachsinns“ mit einem Anteil von 73,1 % über dem Gesamtdurchschnitt von 64,7 %.

Die Diagnose „Schizophrenie“ führte in 13,5 % der Fälle zur Sterilisation, gefolgt von „erblicher Fallsucht“ mit einem Anteil von 7,7 %.

Unter „erblicher Blindheit“ und „erblicher Taubheit“ litt jeweils eine Betroffene (1,9 %).

In einem weiteren Fall wurde die Zwangssterilisation ohne in den Akten dokumentierte Diagnose durchgeführt.

3.7.1.1.6 Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1939

Tabelle 14: Diagnosen bei Zwangssterilisation im Jahre 1939

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	22	53,7	64,8
Schizophrenie	6	14,6	17,6
erbliche Fallsucht	2	4,9	5,9
erbliche Blindheit	1	2,4	2,9
erbliche Taubheit	3	7,3	8,8
gesamt	34	82,9	100,0
fehlend	7	17,0	
<i>Gesamt</i>	41	100,0	

Im Jahre 1939 sank der Anteil der aufgrund „angeborenen Schwachsinns“ sterilisierten Frauen auf 53,7 % ab. Auch die Diagnose „erbliche Fallsucht“ wurde mit 4,9 % seltener als in den Jahren zuvor gestellt. Aufgrund von „Schizophrenie“ wurden sechs Patientinnen, d.h. 14,6 % der Frauen, sterilisiert.

Im Verhältnis häufiger als zuvor wurden die Diagnosen „erbliche Blindheit“ (2,4 %) und „erbliche Taubheit“ (7,3 %) gestellt.

Bei sieben Patientinnen (17,0 %) konnte keine Diagnose aus den Akten entnommen werden.

3.7.1.2 Verlauf der Diagnosen in den Jahren 1934 bis 1939

Die Häufigkeit der einzelnen Diagnosen unterlag im Verlauf der Jahre 1934 bis 1939 einem Wandel, der im Folgenden erläutert wird.

Es zeigte sich, dass der **„angeborene Schwachsinn“** zu Beginn des Sterilisationsverfahrens 1934 mit 68 % einen hohen Anteil der gestellten Diagnosen einnahm. In den Jahren 1935 und 1936 nahm die Häufigkeit dieser Diagnose etwas ab, erreichte aber 1937 mit 78,4 % ihren Höchststand. Nach 1937 war die Zahl der wegen „angeborenen Schwachsinn“ sterilisierten Frauen wieder rückläufig.

Die Diagnose **„Schizophrenie“** kam seit 1934 ansteigend mit 17,9 % im Jahre 1936 am häufigsten vor, sank 1937 auf 6,2 % ab, um dann in den Jahren 1938 und 1939 wieder auf 13,5 % bzw. 14,6 % anzusteigen.

Abnehmende Häufigkeit von 1934 bis 1939 zeigte sich bei der **„erblichen Fallsucht“**, die von 14,4 % auf 4,9 % absank.

Erkrankungen wie **„erbliche Taubheit“** und **„erbliche Blindheit“** kamen nur sehr selten vor. Ebenso stellten die Diagnosen **„manisch-depressiver Irrsinn“**, **„schwere erbliche körperliche Missbildung“** und **„schwerer Alkoholismus“** Raritäten dar.

Infolge **„schwerer erblicher körperlicher Missbildung“** wurde 1934 eine Patientin mit „Wolfsrachen“ und 1935 eine weitere Patientin mit einem angeborenem Klumpfuß sterilisiert. Die beiden 1936 unfruchtbar gemachten Patientinnen litten an kongenitaler Hüftgelenksluxation bzw. angeborenem Klumpfuß.

Das Krankheitsbild des **„schweren Alkoholismus“** fand sich nur einmal, im Jahre 1936, unter den Diagnosen.

Der Anteil an Patientinnen, die ohne aus den Akten ersichtlichen Diagnosen sterilisiert wurden, war in den Jahren 1935 mit 15,1 % und 1939 mit 17,0 % am größten.

Nach 1935 sank die Zahl fehlender Diagnosen bis auf 1,9 % im Jahre 1938 ab, um dann 1939 wieder schlagartig auf 17,0 % anzusteigen.

Diagnosen, die nicht eindeutig zuzuordnen waren, kamen 1934 in 1,6 % der Fälle vor, nahmen bis 1937 stetig ab und traten 1938 und 1939 gar nicht mehr auf.

3.7.2 Zweitdiagnosen

Bei drei der Patientinnen fand sich eine zweite Diagnose aus dem Bereich der Sterilisationsindikationen. Zusätzlich zum „angeborenen Schwachsinn“ litten zwei der Betroffenen unter „Schizophrenie“. Die dritte der Patientinnen litt neben dem „angeborenen Schwachsinn“ an Epilepsie („erbliche Fallsucht“).

3.7.3 Verteilung der Diagnosen bezogen auf den sozialen Status der Patientinnen

Im Nachfolgenden (Tabellen 15 bis 18) findet sich die Analyse der Diagnosen von Patientinnen unterschiedlichen sozialen Status, beginnend mit Ehefrauen von Arbeitern und ledigen Patientinnen, die eher einem niedrigeren sozialen Status zuzuordnen waren.

Im Anschluss werden Frauen aus sozial besser gestellten Familien, den Ehefrauen von Handwerkern und Akademikern, betrachtet.

3.7.3.1 Diagnosen der Ehefrauen von Arbeitern

Tabelle 15: Diagnosen der Ehefrauen von Arbeitern

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	61	72,6	76,3
Schizophrenie	10	11,9	12,5
manisch-depressiver Irrsinn	1	1,2	1,3
erbliche Fallsucht	4	4,8	5,0
erbliche Taubheit	1	1,2	1,3
schwere erbliche körperliche Missbildung	1	1,2	1,3
Sonstige	2	2,4	2,5
Gesamt	80	95,2	100,0
Fehlend	4	4,8	
<i>Gesamt</i>	84	100,0	

Wie in Tabelle 15 dargestellt, litten 72,6 % der Frauen, die mit einem Arbeiter verheiratet waren, an „angeborenem Schwachsinn“, 11,9 % an „Schizophrenie“ und 4,8 % an „erblicher Fallsucht“.

„Manisch-depressiver Irrsinn“, „erbliche Taubheit“ und „schwere erbliche körperliche Missbildungen“ kamen bei jeweils einer Frau vor.

In vier Fällen (4,8 %) fehlte die Angabe der Diagnose.

3.7.3.2 Diagnosen lediger Frauen

Tabelle 16: Diagnosen lediger Frauen

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	238	65,9	71,6
Schizophrenie	39	10,8	11,7
erbliche Fallsucht	41	11,4	12,3
erbliche Blindheit	5	1,4	1,5
erbliche Taubheit	4	1,1	1,2
schwere erbliche körperliche Missbildung	2	0,6	0,6
schwerer Alkoholismus	1	0,3	0,3
Sonstige	2	0,6	0,6
Gesamt	332	92,0	100,0
Fehlend	29	8,0	
<i>Gesamt</i>	361	100,0	

Obige Tabelle lässt erkennen, dass auch bei den ledigen Frauen der „angeborene Schwachsinn“ mit 65,9 % den weitaus größten Anteil der Sterilisationsindikationen darstellte. „Erbliche Fallsucht“ und „Schizophrenie“ fanden sich in etwa gleicher Häufigkeit mit einem Anteil von 11,4 % bzw. 10,8 % unter den ledigen Frauen.

Sehr viel seltener wurden die Diagnosen „erbliche Blindheit“ (1,4 %), „erbliche Taubheit“ (1,1 %) und „schwere erbliche körperliche Missbildung“ (0,6 %) gestellt.

Eine der Frauen wurde aufgrund von „schwerem Alkoholismus“ sterilisiert.

In 29 Fällen (8,0 %) konnte keine Diagnose aus den Akten ermittelt werden.

3.7.3.3 Diagnosen der Ehefrauen von Handwerkern

Tabelle 17: Diagnosen der Ehefrauen von Handwerkern

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
angeborener Schwachsinn	11	35,5	40,7
Schizophrenie	5	16,1	18,5
erbliche Fallsucht	9	29,0	33,3
Sonstige	2	6,5	7,4
Gesamt	27	87,1	100,0
Fehlend	4	12,9	
<i>Gesamt</i>	31	100,0	

Diese Tabelle stellt die Verteilung der Diagnosen der Ehefrauen von Handwerkern dar.

Sie litten seltener, nur in 35,5 % der Fälle, an „angeborenem Schwachsinn“.

Die Diagnose „erbliche Fallsucht“ kam mit 29,0 % relativ häufig vor, gefolgt von „Schizophrenie“ mit 16,1 %. Fehlende Diagnoseangaben fanden sich bei vier der Frauen, d.h. in 12,9 % der Fälle.

3.7.3.4 Diagnosen der Ehefrauen von Akademikern

Tabelle 18: Diagnosen der Ehefrauen von Akademikern

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Schizophrenie	2	66,7	100,0
Fehlend	1	33,3	
<i>Gesamt</i>	3	100,0	

Wie Tabelle 18 zeigt, litten zwei der drei Frauen, die mit einem Akademiker verheiratet waren, unter Schizophrenie. Somit ein Anteil von 66,7 % der Patientinnen dieses Kollektivs. Eine der Frauen war die Frau eines Professors aus Leipzig, die sich in der Kieler Psychiatrie befand und von dort 1935 zur Sterilisation eingewiesen wurde. Bei der dritten Ehefrau dieser Gruppe konnte aus den Akten nicht auf die Diagnose geschlossen werden.

3.8 Nebendiagnosen

Neben den die Indikation zur Zwangssterilisation darstellenden Krankheiten, wurden bei einigen Patientinnen weitere, zumeist gynäkologische Erkrankungen oder Auffälligkeiten dokumentiert, die in folgender Tabelle aufgeführt sind.

Tabelle 19: Gynäkologische Nebendiagnosen

	Anzahl	Prozent
Keine	476	88,8
Pelveoperitonitis	24	4,4
Salpingitis	8	1,5
Hydrosalpinx	5	0,9
Ovarialzyste	4	0,7
Adhäsionen	3	0,6
Anämie (starke Regelblutung)	2	0,4
Corpus luteum-Zyste	2	0,4
Tumoren (Ca colli, Dermoiden)	2	0,4
Z.n. Exstirpation einer Tube/Adnexe	2	0,4
Aplasie der linken Uterushälfte	1	0,2
Bartholinischer Abszess	1	0,2
Hypoplasie des li. Ovars	1	0,2
Ovarialinsuffizienz	1	0,2
eitrige Pyelonephritis	1	0,2
Infantiles Genitale	1	0,2
Fehlende li. Adnexe	1	0,2
Retroflexio uteri	1	0,2
<i>Gesamt</i>	536	100,0

Bei 60 Patientinnen wurde eine Nebendiagnose gestellt. Am häufigsten handelte es sich um eine Pelveoperitonitis, die bei 24 Patientinnen diagnostiziert wurde. Dies stellte einen Anteil von 4,4 % aller Patientinnen dar.

Weitere häufige Diagnosen waren Salpingitis (1,5 %), Hydrosalpinx (0,9 %), Ovarialzysten (0,7 %) und Adhäsionen (0,6 %). Andere gynäkologische Auffälligkeiten stellten z.B. fehlende Adnexe, eine Retroflexio uteri, das Vorliegen eines infantilen Genitales, Tumoren und eine Ovarialinsuffizienz dar.

3.9 Die Durchführung der Sterilisationen

Im Archiv der Universitäts-Frauenklinik Kiel befinden sich die Akten von 536 dort nach dem G.z.V.e.N. sterilisierten Patientinnen. In sieben Fällen konnte aufgrund von unvollständiger Aktenlage nicht auf die Art der Sterilisation geschlossen werden.

Die Zahl der verbleibenden 529 angegebenen Sterilisationsverfahren beinhaltet die Unfruchtbarmachung auf operativem Wege und die Sterilisierung durch Röntgenbestrahlung.

3.9.1 Allgemeiner Ablauf und Operationsvorbereitung

In der Regel wurden die Patientinnen ein bis zwei Tage vor der Operation stationär in der Universitäts-Frauenklinik Kiel aufgenommen und allgemein körperlich und gynäkologisch untersucht.

Das Operationsteam bestand aus dem Operateur und insgesamt drei Assistenten, von denen einer für die Durchführung der Narkose verantwortlich war. Diese wurde zumeist als Evipannarkose (einem Barbiturat) mit Ätherzugabe geführt.

Zur Desinfektion wurde die Vagina mit Alkohol und übermangansaurem Kali gespült und Bauchhaut und Vulva mit Wasser, Seife und Alkohol gewaschen.

3.9.2 Die Sterilisationsmethoden

An der Universitäts-Frauenklinik Kiel kamen in den Jahren 1932 bis 1940 verschiedene Sterilisationsmethoden zum Einsatz. Diese sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt und werden im Weiteren in ihrer Durchführung und Häufigkeit erläutert.

Tabelle 20: Verteilung der Sterilisationsmethoden insgesamt

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Sterilisation per lap.	300	56,0	56,7
Sterilisation per lap. einseitig	23	4,3	4,3
lap. Madlener	87	16,2	16,4
lap. Madlener einseitig	2	0,4	0,4
inguinale Tubensterilisation	66	12,3	12,5
inguinale reversible Tubensterilisation	10	1,9	1,9
lap. Exstirpation beider Tuben	22	4,1	4,2
lap. Exstirpation einer Tube	5	0,9	0,9
lap. Exstirpation beider Adnexe	1	0,2	0,2
Sterilisation nach Fuchs	3	0,6	0,6
vaginale Exstirpation beider Tuben	2	0,4	0,4
reversible Sterilisierung	1	0,2	0,2
Röntgenbestrahlung	7	1,3	1,3
gesamt	529	98,7	100,0
fehlend	7	1,3	
<i>Gesamt</i>	536	100,0	

Der operative Zugangsweg erfolgte größtenteils abdominell, durch Laparotomie. Über diesen Zugang zur Bauchhöhle wurden verschiedene Operationsverfahren durchgeführt. Hierzu gehörte die keilförmige Tubenexzision, die in den Operationsberichten als „Sterilisation per laparotomiam“ („Sterilisation per lap.“) bezeichnet wurde, sowie die abdominelle Exstirpation der Tuben oder Adnexe („lap. Exstirpation“). Auch die Sterilisationsmethoden nach Madlener und nach Fuchs erfolgten über den Bauchhöhlenschnitt.

Ein weiterer gebräuchlicher Zugangsweg war der Zugang über den Leistenkanal, worüber die inguinale Tubensterilisation und die Exstirpation der Tuben erfolgte. Vaginale Sterilisationsmethoden wurden in Kiel nur selten angewendet.

3.9.2.1 Keilförmige Tubenexzision (Sterilisation per laparotomiam)

Nach der Eröffnung der Bauchhöhle durch einen medianen Längsschnitt oder suprasymphysären Querschnitt erfolgte die keilförmige Exzision eines etwa 1,5 cm großen Stückes der uterinen Tubenenden aus dem Uterus. Die Uteruswunde wurde vernäht und zum Teil durch Übernähen des Ligamentum rotundum zusätzlich gesichert. Die peripheren Tubenstümpfe wurden versorgt und entweder fortlaufend oder mit Einzelknopfnähten verschlossen und anschließend subperitonealisiert (vgl. Eymer 1936, S. 332).

Im Anschluss an die Toilette der Bauchhöhle erfolgte der Verschluss der Bauchdecken in Etagen.

Diese Form der Operation stellte an der UFK Kiel in der beidseitigen Durchführung mit 300 Eingriffen und damit einem Anteil von 56,0 % der Operationen die häufigste Form der Sterilisation dar.

In 23 Fällen (4,3 %) wurde die Operation nur einseitig durchgeführt und bei 20 dieser Patientinnen die gegenüberliegende Tube komplett exstipiert.

3.9.2.2 Tubenquetschung nach Madlener

Ein weiteres, häufig angewendetes Verfahren war die Sterilisation nach Madlener.

Hierzu wurden die Tuben nach Eröffnung der Bauchhöhle mittels kleinem Längs- oder Querschnitt mit Hilfe einer stumpfen Klemme gefasst und mit einer Madlener-Klemme gequetscht. Die Quetschfurchen wurden mit einem Seidenfaden unterbunden.

Anschließend erfolgte der Bauchdeckenverschluss in Etagen.

Insgesamt wurde die Tubenquetschung nach Madlener bei 89 Patientinnen angewendet.

Dies bedeutete einen Anteil von 16,6 % aller Sterilisationen, so dass diese Methode das zweithäufigste Verfahren darstellte. In 87 Fällen (16,2 %) wurde sie beidseitig, nur in zwei Fällen (0,4 %) einseitig durchgeführt.

3.9.2.3 Inguinale Tubensterilisation und inguinale reversible Tubensterilisation

Diese Operationsmethode geht auf ein von Menge bereits 1900 beschriebenes Operationsverfahren zurück. Hierbei wurde der Leistenkanal durch einen vom äußeren Leistenring ausgehenden, parallel zum Leistenband verlaufenden Schnitt und Spaltung der Aponeurose des Musculus obliquus externus eröffnet. Das Ligamentum rotundum wurde hervorgezogen und die Tube nach Eröffnung des Peritonealkegels hervorgeholt. Nach Ablösung der Mesosalpinx wurde die Tube unterbunden und bis auf ein Drittel oder ein Viertel abgetragen.

Der verbliebene Tubenstumpf wurde an die Aponeurose des Musculus obliquus externus oder unter das Leistenband genäht und der Peritonealkegel durch eine Naht verschlossen.

Im Anschluss erfolgte der weitere Verschluss der Faszie, des Fettgewebes und der Hautdecke. Ebenso verfuhr man auf der anderen Seite (vgl. Eymer 1936, S. 331 – 337).

Für die reversible Tubensterilisation, die nur in den Anfängen des Sterilisationsverfahrens angewendet wurde, erfolgte die keilförmige Exzision eines Tubenstückes und Unterbindung der Tubenstümpfe. Der laterale Tubenstumpf wurde in das Peritoneum, der mediale Stumpf in die Faszie vernäht. Dem Verschluss des Peritoneums und der Faszie folgte der weitere Bauchdeckenverschluss mit Fett- und Hautnaht.

Auch hier erfolgte im Anschluss die gleiche Maßnahme auf der gegenüberliegenden Seite.

Die inguinale Tubensterilisierung wurde bei 66 Patientinnen, d.h. in 12,3 % der Fälle angewendet. Als reversible Sterilisierung erfolgte sie bei zehn Frauen, was einen Anteil von 1,9 % aller Sterilisationen ausmachte.

In einem weiteren Fall konnte aus den Akten nur ermittelt werden, dass es sich um eine reversible Sterilisation handelte. Unklar blieb jedoch, ob auch diese Sterilisation auf dem inguinalen Wege erfolgte.

3.9.2.4 Exstirpation der Tuben oder Adnexe per laparotomiam

Bei dieser Methode wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle über einen Längs- oder Querschnitt die gesamte Tube, in einigen Fällen auch die gesamten Adnexe entfernt.

Die Tube wurde aus dem Fundus uteri exzidiert, die Ausschnittstelle vernäht und zur weiteren Wundsicherung mit dem Ligamentum rotundum übernäht.

Im gleichen Verfahren wurde zumeist auch die Gegenseite behandelt und anschließend die Bauchdecke in Etagen verschlossen.

Diese Sterilisationsmethode wurde bei 22 Patientinnen (4,1 %) angewendet. Bei fünf Frauen (0,9 %) erfolgte sie einseitig. In einem Fall (0,2 %) mussten beide Adnexe entfernt werden.

Einseitig verfahren wurde in Fällen, in denen die Funktion der anderen Tube oder Adnexe ausgeschlossen werden konnte.

So wurde in einem Fall dokumentiert: „... linke Adnexe sind vollkommen verbacken und verklebt. Die Tube liegt im Douglas seitlich... Es wird an dieser Seite nichts unternommen. Diese Tube ist bestimmt für jegliche Eiaufnahme und für den Eitransport unfähig...“
(Akte UFK K 1071/36)

3.9.2.5 Sterilisation nach Fuchs

Das Sterilisationsverfahren nach Fuchs erfolgte ganz ähnlich der oben beschriebenen Sterilisation per laparotomiam. Die Eileiter wurden etwa zwei cm vom Uterus entfernt durchtrennt und die uterinen Stümpfe in einen Schnitt am Uterusfundus versenkt und eingenäht.

Das distale Stumpfende wurde verschlossen und extraperitonealisiert.

Anschließend wurde die Bauchdecke in Etagen verschlossen.

Dieses Verfahren wurde insgesamt dreimal (0,6 %), jeweils in Kombination mit einem Schwangerschaftsabbruch durch Sectio, angewendet.

3.9.2.6 Vaginale Exstirpation der Tuben

Durch die vordere Kolpotomie erfolgte die Eröffnung der Bauchhöhle, um anschließend den Uterus in die Scheide vorzustülpen. Nach Exstirpation der Tuben und Verschluss der uterinen Wundfläche, ggf. mit Sicherung durch Aufnähen des Ligamentum rotundum, wurde der Uterus wieder in die Bauchhöhle zurück verlagert und die Vagina verschlossen (vgl. Eymer, 1936, S. 332 – 333).

Der vaginale Zugangsweg wurde nur bei zwei Patientinnen (0,4 %) gewählt.

3.9.2.7 Sterilisation durch Röntgenbestrahlung

Die zweite Gesetzesänderung zum G.z.V.e.N. vom 4. Februar 1936 erlaubte auch die Sterilisation mittels Röntgenbestrahlung bei Frauen ab einem Lebensalter von 38 Jahren (vgl. Gütt et al. 1936, S. 102 – 103).

Hierzu wurden die Keimdrüsen durch Bestrahlung bis auf Kastrationsniveau außer Funktion gesetzt.

Durchgeführt wurde diese Maßnahme von Ärzten der Universitäts-Frauenklinik selbst, wobei genaue Dosis und Behandlungstechnik, die unter Fachleuten vielfach umstritten waren, nur unvollständig aus den Akten zu entnehmen waren.

Bei zwei Patientinnen lag ein kurzes Bestrahlungsprotokoll vor. Die Patientinnen wurden sowohl von abdominal als auch von sacral rechts und links jeweils mit einer Hautdosis von 300 r (305 r) bestrahlt. Die Tiefendosis am Ovar betrug 290 r (300 r).

Laut Vorschrift hatten sich die behandelten Frauen nach 7, 12 und 52 Wochen zur Kontrolle in der Klinik vorzustellen.

An der UFK Kiel wurden im Rahmen des G.z.V.e.N. insgesamt sieben Patientinnen (1,3 %) durch Röntgenstrahlen unfruchtbar gemacht.

3.9.3 Verteilung der Sterilisationsmethoden in den einzelnen Jahren

Die Sterilisationsmethoden veränderten sich im Laufe der Jahre, so dass im Nachfolgenden die Verteilung der Methoden in den vollständig erfassten Jahren 1934 bis 1939 dargestellt wird.

3.9.3.1 Sterilisationsmethoden im Jahre 1934

Tabelle 21: Verteilung der Sterilisationsmethoden im Jahre 1934

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Sterilisation per lap.	80	64,0	64,5
Sterilisation per lap. (einseitig)	8	6,4	6,5
inguinale Tubensterilisation	19	15,2	15,3
inguinale reversible Tubensterilisation	8	6,4	6,5
lap. Exstirpation beider Tuben	8	6,4	6,5
Röntgenbestrahlung	1	0,8	0,8
Gesamt	124	99,2	100,0
Fehlend	1	0,8	
<i>Gesamt</i>	125	100,0	

Wie in obiger Tabelle aufgeführt, wurde die abdominelle Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.) mit einer Anzahl von 80 doppelseitigen (64,0 %) und acht einseitigen Eingriffen (0,8 %) im Jahre 1934 bevorzugt.

Die Sterilisation auf dem inguinalen Wege kam deutlich seltener zum Einsatz. Diese wurde in 19 Fällen (15,2 %) irreversibel und bei acht Patientinnen (6,4 %) als reversible Tubensterilisation durchgeführt.

Mittels laparotomischer Exstirpation beider Tuben wurden acht Patientinnen (6,4 %) unfruchtbar gemacht.

Eine Patientin wurde trotz damals noch fehlender gesetzlicher Legitimation mittels Röntgenbestrahlung unfruchtbar gemacht. Bei dieser Patientin handelte es sich um eine 43jährige unter Epilepsie („erblicher Fallsucht“) leidende Frau.

Bei einer Patientin fehlten die Angaben zur Sterilisationsmethode.

3.9.3.2 Sterilisationsmethoden im Jahre 1935

Tabelle 22: Verteilung der Sterilisationsmethoden im Jahre 1935

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Sterilisation per lap.	80	67,2	68,4
Sterilisation per lap. (einseitig)	7	5,9	6,0
Inguinale Tubensterilisation	24	20,2	20,5
lap. Exstirpation beider Tuben	4	3,4	3,5
lap. Exstirpation einer Tube	1	0,8	0,8
Röntgenbestrahlung	1	0,8	0,8
Gesamt	117	98,3	100,0
Fehlend	2	1,7	
<i>Gesamt</i>	119	100,0	

Die Sterilisation per lap. stellte, wie aus Tabelle 22 ersichtlich, auch 1935 die häufigste Sterilisationsmethode dar. Auf diese Weise wurden 80 Eingriffe doppelseitig (67,2 %) und sieben weitere (5,9 %) einseitig durchgeführt.

Eine Anzahl von 24 Patientinnen (20,2 %) wurde durch die inguinale Tubensterilisation unfruchtbar gemacht.

Insgesamt fünfmal kam die totale Exstirpation der Tuben zum Einsatz. In vier Fällen (3,4 %) beidseitig, bei einer Patientin einseitig (0,8 %).

Auch 1935 erfolgte eine Unfruchtbarmachung durch Röntgenstrahlen. Die betroffene 33 Jahre alte Patientin litt unter Anämie infolge starker Regelblutung, so dass die Ausschaltung der Ovarien hier zusätzlich einer medizinischen Indikation folgte.

Bei zwei Patientinnen konnten keine Angaben über die Sterilisationsmethode aus den Akten entnommen werden.

3.9.3.3 Sterilisationsmethoden im Jahre 1936

Tabelle 23: Verteilung der Sterilisationsmethoden im Jahre 1936

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Sterilisation per lap.	63	66,3	67,0
Sterilisation per lap. (einseitig)	3	3,2	3,2
Inguinale Tubensterilisation	22	23,2	23,4
lap. Exstirpation beider Tuben	2	2,1	2,1
lap. Exstirpation einer Tube	2	2,1	2,1
lap. Exstirpation beider Adnexe	1	1,1	1,1
Röntgenbestrahlung	1	1,1	1,1
Gesamt	94	98,9	100,0
Fehlend	1	1,1	
<i>Gesamt</i>	95	100,0	

Wie auch in den Jahren zuvor stellte die Sterilisation per lap. 1936 den größten Anteil der Eingriffe dar.

Bei 63 Patientinnen (66,3 %) erfolgte sie beidseitig, in drei Fällen (3,2 %) wurde sie einseitig durchgeführt.

An zweiter Stelle stand die Tubensterilisation über den Leistenkanal, mit der 22 der Patientinnen (23,2 %) unfruchtbar gemacht wurden.

In zwei Fällen (2,1 %) war die abdominelle Exstirpation beider Tuben nötig, bei einer Patientin mussten auf diesem Wege beide Adnexe entfernt werden, da diese durch eine ausgedehnte Tuboovarialcyste und Hydrosalpinx stark verändert waren.

Durch Röntgenbestrahlung wurde eine der Patientinnen unfruchtbar gemacht.

In einem Fall fehlten die Angaben zur verwendeten Sterilisationsmethode.

3.9.3.4 Sterilisationsmethoden im Jahre 1937

Da aus den Jahren 1937 und 1938 vollständige Daten zu den Sterilisationsmethoden vorlagen, wird in den nachfolgenden Tabellen 26 und 27 auf die Angabe der gültigen Prozente verzichtet.

Tabelle 24: Verteilung der Sterilisationsmethoden im Jahre 1937

	Anzahl	Prozent
Sterilisation per lap.	77	79,4
Sterilisation per lap. (einseitig)	5	5,2
lap. Madlener beidseits	7	7,2
lap. Exstirpation beider Tuben	3	3,1
Sterilisation nach Fuchs	3	3,1
Röntgenbestrahlung	2	2,1
<i>Gesamt</i>	97	100,0

Wie in Tabelle 24 dargestellt, erfolgte 1937 ein Anteil von 79,4 % der Sterilisationen durch die beidseitige laparotomische Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.).

Bei fünf weiteren Patientinnen (5,2 %) wurde die Sterilisation per lap. einseitig durchgeführt.

In drei Fällen (3,1 %) war die komplette Exstirpation der Tuben nötig.

1937 wurde die Sterilisation nach Madlener erstmals auch an der Kieler Universitäts-Frauenklinik durchgeführt und fand bei sieben (7,2 %) Patientinnen Anwendung.

Die Sterilisationsmethode nach Fuchs wurde bei drei Patientinnen eingesetzt und fand jeweils im Anschluss an die Abruptio der bestehenden Schwangerschaft durch abdominelle Ausräumung statt.

Zwei weitere Patientinnen (2,1 %) wurden mit Hilfe von Röntgenstrahlen sterilisiert.

3.9.3.5 Sterilisationsmethoden im Jahre 1938

Tabelle 25: Verteilung der Sterilisationsmethoden im Jahre 1938

	Anzahl	Prozent
lap. Madlener beidseits	42	80,8
lap. Madlener einseitig	2	3,8
lap. Exstirpation beider Tuben	4	7,7
vaginale Exstirpation beider Tuben	2	3,8
Röntgenbestrahlung	2	3,8
<i>Gesamt</i>	52	100,0

Im Jahre 1938 nahm die Anzahl der Sterilisationen nach Madlener stark zu. Es wurden 84,6 % der Sterilisationen auf diese Art durchgeführt. Bei 42 der Operationen erfolgte der Eingriff beidseitig, zwei wurden einseitig durchgeführt.

Die abdominelle Exstirpation der Tuben wurde bei vier Patientinnen (7,7 %) angewendet.

Bei zwei Patientinnen (3,8 %) erfolgte die Exstirpation der Tuben über den vaginalen Zugang.

Mit Hilfe von Röntgenbestrahlung wurden zwei Patientinnen (3,8 %) unfruchtbar gemacht.

3.9.3.6 Sterilisationsmethoden im Jahre 1939

Tabelle 26: Verteilung der Sterilisationsmethoden im Jahre 1939

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
lap. Madlener beidseits	37	90,2	92,4
lap. Exstirpation einer Tube	2	4,9	5,0
lap. Exstirpation beider Tuben	1	2,4	2,5
Gesamt	40	97,6	100,0
Fehlend	1	2,4	
<i>Gesamt</i>	41	100,0	

Wie in Tabelle 26 aufgeführt, stellte die Operationsmethode nach Madlener 1939 mit 37 von 41 durchgeführten Eingriffen den größten Anteil der Sterilisationen dar (90,2 %).

Bei drei Patientinnen erfolgte die Sterilisation durch abdominelle Exstirpation der Tuben, in einem Fall (2,4 %) beidseitig, bei zwei Patientinnen (4,9 %) einseitig.

In einem Fall konnte keine Angabe zur Sterilisationsmethode gemacht werden.

3.9.4 Der Wandel der Sterilisationsmethoden im Laufe der Jahre

Die Operationsmethoden unterlagen, wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, einem starken Wandel, so dass nachfolgend die Anwendungshäufigkeit der drei bevorzugten Sterilisationsmethoden über die Jahre dargestellt wird.

Hierbei handelt es sich um die inguinale Tubensterilisation, die Sterilisation per laparotomiam und die Tubenquetschung nach Madlener.

Abbildung 3: jährlicher Anteil der Sterilisationsmethoden



In den Jahren 1934 bis 1937 stellte die Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.) mit einem jährlichen Anteil von 64 bis 79,4 % die am häufigsten angewendete Sterilisationsmethode dar.

Ab 1938 wurde diese jedoch gar nicht mehr durchgeführt. Es dominierte die erstmals 1937 angewendete Sterilisationsmethode nach Madlener, die 1938 und 1939 einen Anteil von 80,8 % bzw. 90,2 % an den jährlichen Sterilisationen hatte.

Die inguinale Tubensterilisation kam ebenso wie die Sterilisation per lap. nur in den ersten Jahren des Sterilisationsverfahrens zur Anwendung. Allerdings hatte sie mit einem jährlichen Anteil von 15 bis 23 % der Sterilisationseingriffe einen zahlenmäßig geringeren Stellenwert als die Sterilisation per lap.. Ab 1937 wurde die inguinale Tubensterilisation nicht mehr durchgeführt.

Dieser Wandel der eingesetzten Sterilisationsmethoden hing eng mit dem Tätigkeitszeitraum der Operateure an der Universitäts-Frauenklinik Kiel zusammen, auf die in Kapitel 3.9.6 näher eingegangen wird.

3.9.5 Zusatzeingriffe

Im Rahmen der Sterilisationseingriffe wurden bei 107 Patientinnen zusätzliche operative Maßnahmen ergriffen. Neben den insgesamt 17 Schwangerschaftsabbrüchen durch Sectiones und Abrasiones, die in Kapitel 3.10 beschrieben werden, erfolgte bei weiteren 68 Patientinnen eine vorsorgliche Abrasio. Es handelte sich hierbei um Fälle, in denen eine frühe Gravidität nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden konnte.

Weitere Nebenprozeduren bestanden in der Lösung von Adhäsionen, die bei zwölf Patientinnen durchgeführt wurden, der Entfernung von Zysten und in einem Fall der Resektion von Ovarialtumoren.

Bei zwei Frauen wurde eine Antefixatio uteri vorgenommen und bei einer weiteren Patientin eine Dammplastik an den Sterilisationseingriff angeschlossen.

3.9.6 Die Operateure an der Universitäts-Frauenklinik Kiel

In der Zeit von 1932 bis 1940 waren an der Kieler Universitäts-Frauenklinik 16 Operateure an der Durchführung der Sterilisationen beteiligt. Hinzu kam eine Zahl von Assistenten und Medizinalpraktikanten, die den Operateuren zur Seite standen.

Die Operateure sind in nachfolgender Tabelle mit dem Zeitraum ihrer Sterilisationstätigkeit und der Anzahl ihrer Eingriffe aufgeführt.

Tabelle 27: Die Operateure und deren Sterilisationseingriffe in der Zeit von 1932 bis 1940

	Zeitraum der Sterilisationstätigkeit	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
Prof. Kessler	1933 - 1937	164	30,6	31,1
Prof. Schröder	1934 - 1936	98	18,3	18,6
Dr. Harms	1938 - 1939	53	9,9	10,0
Dr. Kirchhoff	1936 - 1937	49	9,1	9,3
Dr. Tietze	1934 - 1936	46	8,6	8,7
Dr. Siebke	1933 - 1935	30	5,6	5,7
Prof. Schaefer	1937 - 1939	29	5,4	5,5
Dr. Volk	1937	28	5,2	5,3
Dr. Huber	1938 - 1940	13	2,4	2,5
Prof. Philipp	1937 - 1939	6	1,1	1,1
Prof. Herold	1937	4	0,7	0,6
Dr. Kramer	1937	2	0,4	0,4
Dr. Teebken	1934	2	0,4	0,4
Dr. Bauer	1938	1	0,2	0,2
Dr. Büttner	1934	1	0,2	0,2
Dr. Wolf	1934	1	0,2	0,2
gesamt		527	98,3	100,0
fehlend		9	1,7	
<i>Gesamt</i>		536	100,0	

Prof. Kessler stellte den Operateur mit der größten Zahl an Sterilisationseingriffen dar.

Er führte im Zeitraum von 1933 bis 1937 an der Universitäts-Frauenklinik 164 Sterilisationen durch und war somit für einen Anteil von 30,6 % aller durchgeführten Sterilisationen verantwortlich.

Robert Kessler habilitierte sich 1928 bei Prof. Robert Schröder, arbeitete seit 1932 als Oberarzt der Klinik und wurde 1934 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Am 1. Oktober 1936 übernahm er für ein Jahr die kommissarische Leitung der Klinik.

Im September 1937 ließ er sich als praktischer Gynäkologe in einer Kieler Privatklinik nieder (vgl. Semm 1955, S. 95).

Prof. Schröder führte insgesamt 98 (18,3 %) der Zwangssterilisationen durch.

Seine Sterilisationstätigkeit erstreckte sich über die Zeit von 1934 bis 1936. Robert Schröder wurde am 1. Oktober 1922 nach Kiel berufen und leitete die Universitäts-Frauenklinik bis Oktober 1936, um dann dem Ruf nach Leipzig zu folgen (vgl. Semm 1955, S. 93 – 95).

Zu den Schülern Schröders zählten neben Robert Kessler auch **Harald Siebke** und **Heinz Kirchhoff** (vgl. Jonat et al. 2005, S. 39).

Dr. Siebke führte von 1933 bis zu seinem Weggang nach Bonn im Jahre 1935 insgesamt 30 Zwangssterilisationen durch, was einen Anteil von 5,6 % aller Sterilisationseingriffe ausmachte. Er war seit 1927 Assistent unter Schröder, habilitierte sich 1931 und erhielt im Jahre 1935 den Ruf als außerordentlicher Professor nach Bonn (vgl. Semm 1955, S. 95 – 96).

Dr. Kirchhoff arbeitete vermutlich seit 1936 an der Kieler Frauenklinik und war in dieser Zeit an der Sterilisation von 49 Frauen beteiligt. In den zur Verfügung stehenden Akten wurde Dr. Kirchhoff bereits 1936 als Operateur der Universitäts-Frauenklinik Kiel geführt, wohingegen in den Jubiläumsschriften der Klinik vom Dienstbeginn Kirchhoffs im Jahre 1937 die Rede ist (vgl. Semm 1955, S. 95 – 96; Jonat et al. 2005, S. 39). Da Dr. Kirchhoff bereits 1937 Prof. Schröder nach Leipzig folgte, kann davon ausgegangen werden, dass es sich in den Jubiläumsschriften um einen Schreibfehler handelt, der jeweils wieder übernommen wurde.

In den Anfangsjahren der Zwangssterilisationen waren neben **Dr. Tietze**, der in der Zeit von 1934 bis 1936 insgesamt 46 Eingriffe (8,6 %) durchführte, weiterhin noch **Dr. Teebken**,

Dr. Büttner und **Dr. Wolf** tätig. Diese führten jedoch nur jeweils eine bzw. zwei der Sterilisationen aus.

Im Jahre 1937 fand ein Wechsel der Operateure statt.

Prof. Philipp aus Greifswald übernahm im November 1937 die Nachfolge Prof. Schröders und leitete die Klinik bis 1961. Er war in der Zeit bis 1939 in Kiel an der Durchführung von sechs Zwangssterilisationen beteiligt.

Prof. Philipp folgend, begannen auch **Prof. Schaefer** und **Dr. Huber** ihre Tätigkeit in Kiel (vgl. Semm 1955, S. 97 – 104).

Walter Schaefer führte in der Zeit von 1937 bis 1939 insgesamt 29 (5,4 %) Zwangssterilisationen durch.

Dr. Huber, der sich im Jahre 1939 habilitierte und später Direktor der Universitäts-Frauenklinik Kiel wurde (1963 – 1970) (vgl. Jonat et al. 2005, S. 47), war von 1938 bis 1939 an der Sterilisation von 13 Frauen beteiligt (2,4 %).

Als weitere Operateure des Jahres 1937 sind **Dr. Volk**, der 28 Sterilisationseingriffe ausführte, **Prof. Herold** und **Dr. Kramer** zu nennen. Letztere waren mit vier bzw. zwei durchgeführten Eingriffen nur für einen kleinen Teil der Zwangssterilisationen verantwortlich.

In den letzten Jahren des Sterilisationsverfahrens war **Dr. Harms** maßgeblich an der Ausführung der Zwangssterilisationen beteiligt. Er stand von 1938 bis 1939 bei 53 Eingriffen (9,9 %) als leitender Operateur am Tisch. Dr. Harms stellte somit den Operateur mit der dritthäufigsten Sterilisationsanzahl dar.

Dr. Bauer, der ebenfalls 1938 tätig war, führte hingegen lediglich eine Sterilisation durch.

Die 16 Operateure waren in sehr unterschiedlichem Ausmaß an der Sterilisationsdurchführung beteiligt. Zu den Operateuren mit mehr als 5 % der Eingriffe zählten neben Prof. Kessler, Prof. Schröder, Dr. Harms und Dr. Kirchhoff noch Dr. Tietze, Dr. Siebke, Prof. Schaefer und Dr. Volk.

Alle übrigen oben genannten Operateure führten mit maximal 13 Eingriffen deutlich weniger Zwangssterilisationen durch.

3.9.7 Die Sterilisationsmethoden der einzelnen Operateure

Die Darstellung der Sterilisationsmethoden jener Operateure mit mehr als 5 % der Gesamtzahlen zeigt die unterschiedliche Bevorzugung der einzelnen Methoden.

Name	Steri. per lap.		ing. Tuben- steri.		lap. Madlener		lap. Exstirp. von Tuben/ Adnexe		Röntgen- bestrah- lung		Sonstige		gesamt	
	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%
Kessler	136	86,6	14	8,9			5	3,2			2	1,3	157	100
Schröder	46	45,1	43	42,1			7	6,9	1	1,0	1	1,0	98	100
Harms					48	90,6	5	9,4					53	
Kirchhoff	45	88,2					3	5,9	1	2,9	2	3,9	51	100
Tietze	36	78,3	5	11,0			3	6,5			2	4,3	46	100
Siebke	25	83,3	3	3,3							2	6,7	30	100
Schaefer					26	89,7	1	3,4	2	6,9			29	100
Volk	26	92,9					2	7,1					28	100

Die abdominelle Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.) wurde von den in den Anfangsjahren des Sterilisationsverfahrens bis 1936 tätigen Operateuren bevorzugt.

Prof. Kessler, Dr. Siebke, Dr. Kirchhoff und Dr. Volk setzten diese Methode bei über 83 % ihrer Eingriffe ein.

Dr. Tietze wendete die Sterilisation per lap. mit 78,3 % etwas seltener an.

Neben der Sterilisation per lap., die Prof. Schröder bei 45,1 % seiner Operationen einsetzte, favorisierte er die inguinale Tubensterilisation. Diese Methode setzte er in 42,1 % seiner Sterilisationseingriffe ein.

Die Technik der inguinalen Tubensterilisation wurde weiterhin von Dr. Tietze, Prof. Kessler und Dr. Siebke angewendet, die diese Methode mit 3 bis 11 % jedoch deutlich seltener einsetzten.

Im Jahre 1937 trat ein Wechsel der bevorzugten Operationsmethode ein.

Der aus Greifswald kommende Prof. Schaefer führte die Sterilisationsmethode nach Madlener ein, die er für 89,7 % seiner Sterilisationseingriffe anwendete. Dr. Harms, der seit 1938 operativ tätig war, setzte diese Methode ebenfalls für mehr als 90 % seiner Eingriffe ein.

Die Sterilisation per lap. und die inguinale Tubensterilisation wurden von Prof. Schaefer und Dr. Harms hingegen gar nicht eingesetzt.

Bei einigen Patientinnen war aufgrund von meist entzündlichen Prozessen die totale Exstirpation der Tuben oder Adnexe nötig.

Diese führten bis auf Dr. Siebke alle Operateure mit einem Anteil von 3 bis 9 % ihrer Sterilisationseingriffe durch.

Eine weitere Sterilisationsmethode stellte die Röntgenbestrahlung dar. Prof. Schaefer wendete sie bei zwei seiner Patientinnen an. Prof. Schröder und Dr. Kirchhoff sterilisierten jeweils eine Patientin mit Hilfe von Röntgenstrahlen.

Seltener eingesetzte Operationsmethoden wie die Sterilisation nach Fuchs und die reversible Tubensterilisation wurden unter „sonstige“ zusammengefasst. Prof. Kessler und Dr. Kirchhoff wendeten die Sterilisation nach Fuchs bei zwei bzw. einer ihrer Patientinnen an.

Die reversible inguinale Tubensterilisation, die nur bis 1934 zum Einsatz kam, wurde neben Dr. Siebke auch von Prof. Schröder, Dr. Tietze und Dr. Kirchhoff ausgeführt.

3.9.8 Operationsdauer

In den Operationsberichten fand sich die Angabe der Operationszeiten in Minuten.

Diese sind in den nachfolgenden Tabellen mit Angabe des Mittelwertes und der Minima und Maxima in Minuten aufgeführt.

Tabelle 28: OP-Dauer gesamt

N	Gültig	504
	Fehlend	32
Mittelwert		27,71
Standardabweichung		13,72
Minimum		4
Maximum		100

Bei 504 Operationen konnte die Zeit ermittelt und der Mittelwert daraus errechnet werden.

Durchschnittlich dauerte der Sterilisationseingriff 27,7 Minuten, wobei der kürzeste Eingriff nur vier Minuten in Anspruch nahm und der längste Eingriff eine Dauer von 100 Minuten hatte.

In Abhängigkeit von der Operationsmethode schwankte die mittlere Operationsdauer zwischen zwölf Minuten bei der Sterilisation nach Madlener und 30 Minuten bei der inguinalen Tubensterilisation.

Tabelle 29: OP-Dauer: lap. Madlener beidseits

N	Gültig	84
	Fehlend	3
Mittelwert		11,73
Standardabweichung		5,79
Minimum		4
Maximum		37

Die Operation nach Madlener nahm am wenigsten Zeit in Anspruch und dauerte im Mittel 11,7 Minuten. Der schnellste der 84 dokumentierten Eingriffe war nach vier Minuten abgeschlossen, der längste dauerte 37 Minuten.

Tabelle 30: OP-Dauer: inguinale Tubensterilisation

N	Gültig	57	Die inguinale Tubensterilisation dauerte im Durchschnitt 30,4 Minuten. Das Minimum der Operationszeit betrug 20 Minuten, das Maximum 65 Minuten.
	Fehlend	4	
Mittelwert		30,37	
Standardabweichung		9,27	
Minimum		20	
Maximum		65	

Tabelle 31: OP-Dauer: Sterilisation per lap.

N	Gültig	290	Für die abdominelle Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.) betrug der Mittelwert der Operationszeiten 29 Minuten, wobei die Operationsdauer zwischen zehn und 100 Minuten schwankte.
	Fehlend	10	
Mittelwert		29,01	
Standardabweichung		11,69	
Minimum		10	
Maximum		100	

Im Falle von auftretenden Komplikationen oder durchgeführten Zusatzeingriffen verlängerten sich die sonst durchschnittlich eine halbe Stunde dauernden Operationen auf über 1,5 Stunden.

3.10 Schwangerschaftsabbrüche

Am 03.07.1935 kam es an der Universitäts-Frauenklinik Kiel erstmals zu einem dokumentierten Schwangerschaftsabbruch mit eugenischer Indikation.

Grundlage hierfür stellte die Gesetzesänderung des G.z.V.e.N. vom 26. Juni 1935 dar, die in der vierten Durchführungsverordnung vom 18. Juli 1935 erläutert wurde.

Hiernach konnte der Schwangerschaftsabbruch mit Einwilligung der Schwangeren sowohl aus medizinischen Gründen, als auch aufgrund einer bestehenden Erbkrankheit der Mutter bis einschließlich des sechsten Schwangerschaftsmonats erfolgen (vgl. Gütt et al. 1936, S. 258 – 264).

Die Einwilligung der Schwangeren hatte formlos aber schriftlich zu erfolgen.

Sie lag zumeist mit folgendem Wortlaut und Unterschrift der Patientin vor:

„Ich erkläre mich einverstanden, daß bei meiner Unfruchtbarmachung, die bestehende Schwangerschaft unterbrochen wird.“ (Akte UFK K 1550/37).

Es fanden sich in den Akten keine Fälle von bestehender Schwangerschaft und Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung durch die Patientin, so dass anzunehmen ist, dass bei sämtlichen Frauen die bestehende Schwangerschaft abgebrochen wurde.

Um die Belastung für die Patientin möglichst gering zu halten, hatte der Sterilisationseingriff und der Schwangerschaftsabbruch in einer Operationssitzung zu erfolgen (vgl. Gütt et al. 1936, S. 258 – 263).

Tabelle 32: Schwangerschaftsabbrüche

	Anzahl	Prozent
nicht schwanger	519	96,8
Schwangerschaften gesamt	17	3,2
Schwangerschaft 1.Trimenon	14	2,6
Schwangerschaft 2.Trimenon	3	0,6
<i>Gesamt</i>	536	100,0

In der Zeit von 1935 bis 1939 wurde an der Universitäts-Frauenklinik Kiel bei 17 Frauen im Rahmen des Sterilisationsverfahrens ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen.

Dies bedeutete einen Anteil von 3,2 % der 536 sterilisierten Patientinnen.

Insgesamt 14 dieser Frauen befanden sich im ersten Trimenon der Schwangerschaft, bei drei Schwangeren wurde der Zustand der Fruchtentwicklung auf das zweite Trimenon datiert.

In einem Fall konnte aus den Akten nicht eindeutig entnommen werden, ob gleichzeitig mit dem Schwangerschaftsabbruch auch ein Sterilisationseingriff erfolgte.

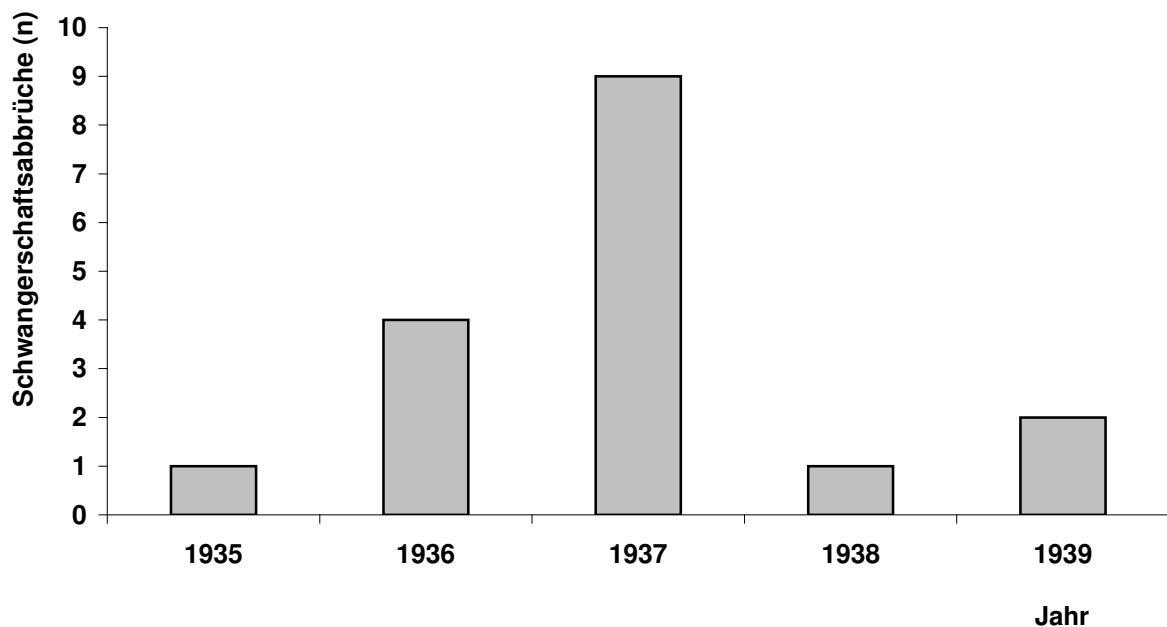
War die Schwangerschaft schon weit fortgeschritten und das Kind potentiell lebensfähig, musste der Sterilisationseingriff ausgesetzt werden und durfte erst nach Beendigung der Schwangerschaft erfolgen.

Dies wurde in einem der Fälle bei einer Schwangerschaft im achten Schwangerschaftsmonat dokumentiert, bei der die Sterilisation dann sechs Monate später erfolgte.

3.10.1 Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die einzelnen Jahre

Nachfolgende Abbildung stellt die Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche in den Jahren 1935 bis 1939 dar.

Abbildung 4: Schwangerschaftsabbrüche in den Jahren 1935 bis 1939



Die meisten Abruptiones erfolgten 1937 mit einer Zahl von neun Eingriffen, was einen Anteil von 52,9 % der gesamten Abbrüche bedeutete.

Aus dem Jahre 1936 sind vier (23,5 %) Schwangerschaftsabbrüche dokumentiert.

Zwei Eingriffe fanden 1939 und jeweils ein Eingriff (5,9 %) in den Jahren 1935 und 1938 statt.

3.10.2 Soziologische Daten der Schwangeren

Die soziologischen Daten der Patientinnen, bei denen ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wurde, sind in folgender Tabelle mit Angabe des Familienstandes, des Alters der Patientinnen und der Anzahl an Kindern aufgeführt.

Tabelle 33: soziologische Daten der Patientinnen mit Schwangerschaftsabbruch

		Anzahl		Prozent
Familienstand	verheiratet	7		41,2
	ledig	10		58,8
		Gesamt	17	100,0
Alter	16 – 20 J	1		5,9
	21 – 25 J	3		17,6
	26 – 30 J	6		35,3
	31 – 35 J	5		29,4
	36 – 40 J	1		5,9
	41 – 43 J	1		5,9
		Gesamt	17	100,0
Anzahl der Kinder	0	5		29,4
	1 - 2	4		23,5
	3 - 6	6		35,3
	> 6	1		5,9
		Fehlend	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

Die Mehrheit der Schwangeren, d.h. zehn Frauen, war ledig. Verheiratet waren sieben der insgesamt 17 Schwangeren.

Die Patientinnen befanden sich in einem Alter zwischen 16 und 43 Jahren. Die meisten unter ihnen waren zwischen 26 und 35 Jahren alt. Davon hatten sechs Frauen ein Alter von 26 bis 30 Jahren, fünf der Patientinnen waren 31 bis 35 Jahre alt.

Insgesamt vier Schwangere waren jünger als 25 Jahre, darunter die Jüngste mit 16 Jahren. Älter als 35 Jahre waren lediglich zwei der Frauen, eine im Alter von 36 Jahren, die Älteste mit 43 Jahren.

Die Anzahl der bereits geborenen Kinder bewegte sich zwischen keinem Kind und maximal acht Kindern.

Fünf Frauen, bei denen die bestehende Schwangerschaft abgebrochen wurde, waren kinderlos. Dies waren 29,4 % der Schwangeren. Vier Frauen (23,5 %) hatten bereits ein oder zwei Kinder. Die meisten der Frauen, d.h. sechs von ihnen (35,3 %), hatten drei bis sechs Geburten hinter sich.

Mehr als sechs Geburten wurden lediglich bei einer Patientin dokumentiert, die im Alter von 32 Jahren bereits acht Kinder zur Welt gebracht hatte.

In einem Fall konnte keine Aussage über die Zahl der Geburten gemacht werden.

3.10.3 Operateure, die den Schwangerschaftsabbruch vornahmen

Die 17 dokumentierten Schwangerschaftsabbrüche verteilten sich auf neun Ärzte der Universitäts-Frauenklinik Kiel. Diese sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 34: Operateure bei Schwangerschaftsabbruch

	Anzahl	Prozent
Dr. Kirchhoff	5	29,4
Prof. Kessler	3	17,6
Prof. Philipp	2	11,8
Prof. Schröder	2	11,8
Dr. Harms	1	5,9
Dr. Kramer	1	5,9
Dr. Tietze	1	5,9
Dr. Volk	1	5,9
Prof. Herold	1	5,9
<i>Gesamt</i>	17	100,0

Dr. Kirchhoff führte mit fünf Eingriffen den größten Anteil der Abruptiones aus. Er war damit für fast ein Drittel der Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der Zwangssterilisationen verantwortlich.

Prof. Kessler nahm insgesamt drei Schwangerschaftsabbrüche vor, Prof. Philipp und Prof. Schröder jeweils zwei.

Jeweils einen Schwangerschaftsabbruch führten Dr. Harms, Dr. Kramer, Dr. Tietze, Dr. Volk und Prof. Herold durch.

3.10.4 Die Methoden der Schwangerschaftsabbrüche

Die Mehrzahl der Schwangerschaftsabbrüche erfolgte mit 58,8 % durch eine abdominelle Ausräumung („kleine Sectio“) der Frucht. Bei fünf Frauen (29,4 %) wurde die Schwangerschaft durch eine Abrasio beendet. In zwei Fällen wurde der Einsatz einer „Winter`schen Abortzange“ und die Abrasio nach Einlage eines wehenfördernden Medikamentes dokumentiert.

3.11 Der stationäre Aufenthalt der Patientinnen

Die Dauer des stationären Aufenthaltes konnte bei 509 Patientinnen ermittelt werden. Aufgrund von unvollständiger Aktenlage war bei 27 Patientinnen keine Aussage zur Aufenthaltsdauer möglich.

Tabelle 35: Aufenthaltsdauer

N	Gültig	509	Im Durchschnitt betrug die Aufenthaltsdauer der Patientinnen an der Universitäts-Frauenklinik Kiel 14 Tage. Das Maximum lag bei 66 Tagen, das Minimum erreichten jene Patientinnen, die noch am Operationstag in eine andere Klinik, meist die Nervenklinik, verlegt wurden.
	Fehlend	27	
Mittelwert		14,18	
Standardabweichung		6,00	
Minimum		0	
Maximum		66	

Die Aufenthaltsdauer der Patientinnen in der Klinik richtete sich zum einen nach der Sterilisationsmethode, zum anderen nach dem Zustand der Patientin. So konnten Patientinnen, die nicht operativ, sondern durch Röntgenstrahlung unfruchtbar gemacht wurden, die Klinik in der Regel schon wenige Tage nach der Bestrahlung verlassen.

Ihr Klinikaufenthalt betrug somit etwa drei bis sieben Tage.

Ebenfalls sehr kurze Liegezeiten wiesen Patientinnen aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Kiel auf, die, wie oben erwähnt, im Falle von Unruhe teilweise noch am Operationstag zurück in die Nervenklinik verlegt wurden.

Im Falle von postoperativen Komplikationen verlängerte sich der stationäre Aufenthalt der Patientinnen bis auf maximal 66 Tage.

3.12 Komplikationen

Über operative oder postoperative Komplikationen wurde in den Akten der Universitäts-Frauenklinik wenig vermerkt. Bis auf seltene Ausnahmen wurde im ärztlichen Bericht der regelrechte Verlauf des Eingriffes und die Abheilung der Wunde ohne „Nebenerscheinungen“ bestätigt.

Anhand der Patientenkurven ließ sich ermitteln, dass ein leichter Temperaturanstieg postoperativ durchaus häufig vorkam, aber zu keiner größeren Beeinträchtigung der Patientinnen führte.

In einem Fall wurde postoperativ ein starker Fieberanstieg mit Zeichen einer Lobärpneumonie dokumentiert. Hier fand sich folgender Eintrag in den Akten: „... 2 Tage nach der Operation traten hohe Temperaturen bis über 40 Grad auf, die 2 Tage anhielten. Klinisch bot sich das Bild einer Lobärpneumonie links unten. Es bestand eine Dyspnoe. Das Sensorium war leicht getrübt...“ (Akte UFK K 1093/36). Ein weiterer auffälliger Lungenbefund stellte die Haemoptoe einer Patientin dar. Diese wurde mit folgendem Schreiben in die Klinik für Innere Medizin verlegt: „Wir verlegen Ihnen Frl. L., die heute im Laufe des Vormittages 2 mal eine Haemoptoe gehabt hat...Vor der OP war an der Lunge kein krankhafter Befund zu erheben... Der postoperative Verlauf ist bisher komplikationslos gewesen, die Wundheilung ist ungestört...“ (Akte UFK K 979/36).

Bei psychiatrischen Patientinnen kam es nach der Operation teilweise zu stärkerer Unruhe, was eine sofortige Verlegung in die Nervenklinik zur Folge hatte.

Bestanden im Vorfeld schon gesundheitliche Komplikationen, wurde die Operation in der Regel bis zum Abklingen der Beschwerden verschoben. So z.B. auch bei einer 18jährigen Patientin, bei der ein Sterilisationseingriff wegen des Verdachtes auf Diphtherie um drei Wochen verschoben wurde musste.

3.13 Todesfälle

In der Zeit von 1934 bis 1939 traten an der Universitäts-Frauenklinik Kiel im Rahmen der Zwangssterilisation zwei nachweisbare Todesfälle auf, was einer Mortalität von 0,37 % entsprach.

Ein Todesfall trat 1935, der andere im Jahre 1937 ein.

Die an Schizophrenie leidende Frau Martha G. verstarb am 22.02.1935 in der Nervenklinik Kiel, nachdem sie am 04.02.1935 sechs Tage nach dem Sterilisationseingriff in diese verlegt worden war. Die Operation in Form einer abdominalen Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.) führte Prof. Schröder in einer Operationsdauer von 26 Minuten durch.

Als Todesursache fand sich die Angabe eines *„akuten katatonen Erregungszustandes mit Fieber, Thrombose des linken Unterschenkels und Lungenödem“* (Akte UFK K 1099/38).

Der zweite Todesfall betraf die 25jährige Hertha K., die aufgrund von Epilepsie am 05.05.1937 zwangsweise sterilisiert wurde. Dr. Kirchhoff führte die 55minütige Operation auf dem Weg der Sterilisation per lap. durch.

Frau Hertha K. verstarb zwei Wochen nach dem Eingriff am 20.05.1937 in der Universitäts-Frauenklinik Kiel an einer Lungenembolie mit *„Status nach zweimaligen Lungeninfarkten und einer Thrombophlebitis in beiden unteren Extremitäten“* (Akte UFK K 197/37).

Aus dem Schreiben Dr. Kramers vom 22. Mai 1937 an den zuständigen Amtsarzt ging der Krankheitsverlauf hervor: *„... Der Operationsverlauf war ein glatter. Ebenfalls der unmittelbare Verlauf der Operation. Herz und Kreislauf intakt. Abfallen von Puls und Temperatur am 5. Tag post operationem. Am 9. Tag post operationem plötzlicher Kollaps, cyanotische Verfärbung, schwere Dyspnoe und Schmerzen unter dem Brustbein, schmerzhafter Hustenreiz. Sofortige Ruhigstellung mit Medikamenten. Die Beschwerden besserten sich langsam. 3 Tage nach dem ersten Infarkt, am 16.5.37 entwickelte sich das Bild einer Infarktpneumonie und einer Thrombophlebitis in der rechten unteren Extremität. Weiterhin völlige Ruhigstellung und Applikation von Herzmitteln. In der Nacht vom 17. auf den 18.5. Zeichen eines erneuten Lungeninfarktes. Cyanose, Dyspnoe, Hustenreiz, kleiner frequenter Puls. Am 18. und 19. Absinken von Puls und Temperaturen. Am 19.5.37 abends plötzliche Schmerzen in der linken unteren Extremität. Schwellung und Druckpunkt in Wade und Kniekehle. Subjektives Wohlbefinden. Am 20. vormittags bei gutem subjektivem Befinden*

plötzlich Zeichen einer Lungenembolie. Pat. verfärbt sich spontan, kollabiert, atmet noch einigemal ruckhaft und kommt innerhalb weniger Sekunden ad exitum.“ (Akte UFK K 197/37).

Ein zusätzlicher Todesfall, der im Zusammenhang mit der Zwangssterilisation stehen könnte, stellte der Tod einer 25jährigen Patientin dar, die nach ihrer Verlegung in die Nervenklinik verstarb. Über den Todeszeitpunkt waren jedoch keine Angaben aus der Akte zu entnehmen.

Der Akte lag lediglich ein Schreiben an die Nervenklinik in Form eines Sektionsbefundes bei: *„...als letzte Todesursache ist die Luftröhren- und umschriebene Lungenentzündung anzusehen, wobei die schlechte Beschaffenheit des Herzens und die schweren Allgemeinstörungen mitgewirkt haben. An der Operationsstelle, im Operationsgebiet, an den zugehörigen Gefäßen und dem Lymphapparat waren keinerlei Veränderungen festzustellen, die auf eine Störung des Heilverlaufs hinweisen...“ (Akte UFK K 1174/37).*

Berücksichtigt man diesen Todesfall in der Statistik, so steigt die Mortalität von 0,37 % auf 0,56 % an.

4 Diskussion

An der Universitäts-Frauenklinik Kiel wurden in der Zeit von 1932 bis 1940 536 Mädchen und Frauen zwangssterilisiert.

Der Beginn des Zeitraumes der Zwangssterilisationen ist mit dem Inkrafttreten des G.z.V.e.N. beschrieben, obwohl in Kiel wie auch andernorts bereits 1932/ 33 Zwangssterilisationen durchgeführt wurden (vgl. Wiesmann 1932, S. 16 – 20). Für die UFK Kiel sind in diesen Jahren sechs Sterilisationen dokumentiert.

Diese frühe Sterilisationspraxis lässt vermuten, dass das G.z.V.e.N. letztlich die juristische Legitimation einer allseits schon lange zuvor ausgeübten Sterilisationspraxis darstellte. Bestärkung findet diese Annahme in der Aussage des Rassenhygienikers Lenz aus dem Jahre 1932: *„Es ist zu hoffen, daß im Laufe der Jahre immer mehr Ärzte Sterilisationen aus rassenhygienischer Indikation vornehmen werden; und daß es dann eines guten Tages auch den Juristen als ganz selbstverständlich erscheint, daß solche Sterilisierungen der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen.“* (Bauer et al. 1932, S. 278).

Die letzten Frauen wurden an der UFK Kiel im Jahre 1940 zwangssterilisiert. Auslöser für die Abnahme der Eingriffe war die sechste Durchführungsverordnung zum G.z.V.e.N. vom 31. August 1939, mit der die Sterilisationen bis auf besonders dringliche Fälle eingestellt werden sollten (vgl. Leuthold 1975, S. 2). Diese Verordnung erfolgte nicht etwa aufgrund von Widerstand seitens der Ärzteschaft oder Bevölkerung, sondern allein mit dem Ziel, ausreichend Kapazitäten für die Versorgung der Kriegsoffer zu gewährleisten.

Ende 1939 und Anfang 1940 wurden daher nur noch vereinzelt Zwangssterilisationen dokumentiert.

Die von der Zwangssterilisation betroffenen Frauen kamen zum größten Teil aus sozial schwächerem Milieu, waren zumeist ledig oder mit Männern weniger qualifizierter Berufsgruppen verheiratet. Einem gelernten Beruf gingen nur die wenigsten der Frauen nach. Ein Teil der Patientinnen kam aus Nervenkliniken oder lebte in Heimen und galt als „Ballastexistenz“ des Staates.

Auch die Wohnortverteilung belegt die Herkunft der Frauen aus überwiegend sozial schwachem Milieu. Viele kamen aus Arbeitervierteln wie dem Kieler Stadtteil Gaarden oder ländlichen Gebieten rund um Kiel.

Betrachtet man die Sterilisationsindikationen dieser Patientinnen, liegt der Verdacht nahe, dass es sich eher um Wertmessungen im Sinne der „Aufartung“ der deutschen Rasse handelte, als um rein medizinische Sterilisationsindikationen.

So stellten die Patientinnen mit der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ den größten Anteil der an der UFK Kiel sterilisierten Frauen dar. Von 1934 bis 1939 wurden 64,9 % der Zwangssterilisationen aufgrund dieser Diagnose durchgeführt. Nach Analysen Eckhardt Heesch über Zwangssterilisationen in Schleswig-Holstein sei für das Bundesland insgesamt hingegen ein geringerer Anteil von 52 % als oligophren geltenden Frauen anzunehmen (vgl. Heesch 1995, S. 22).

Wesentlich seltener wurden die Diagnosen „erbliche Fallsucht“ und „Schizophrenie“ gestellt. Unter Epilepsie litten 11 % der Patientinnen. Diese Zahl lag leicht unter dem Durchschnitt Schleswig-Holsteins von 12,9 % aus den Jahren 1937 bis 1940 (vgl. Heesch 1995, S. 21 – 22).

An der UFK Kiel zeigte sich eine deutlich abnehmende Tendenz der aufgrund von „erblicher Fallsucht“ sterilisierten Patientinnen. 1934 waren es 14,4 % der Patientinnen, im Jahre 1939 nur noch 4,9 %.

Ursache hierfür könnte die anfangs große Sterilisationszahl von Patientinnen aus Nervenkliniken und Heimen sein, die häufig unter Epilepsie litten.

Sterilisationen aufgrund von „Schizophrenie“ erfolgten an der UFK Kiel mit 11,2 % deutlich seltener als im Gesamtdurchschnitt Schleswig-Holsteins. Eckhardt Heesch gibt Werte von 20,7 % für die Jahre 1937 bis 1940 an (vgl. Heesch 1995, S. 21 – 22).

Ganz im Gegensatz zum „angeborenen Schwachsinn“ und zur „erblichen Fallsucht“, kam die Diagnose „Schizophrenie“ auch bei Patientinnen mit höherem sozialen Status vor.

Weiterhin wurden an der UFK Kiel insgesamt 47 Frauen auch ohne das Vorliegen von in den Krankenakten dokumentierten Diagnosen sterilisiert. In diesen Fällen führten die Ärzte die Sterilisation vermutlich allein aufgrund des Eintrages „E.G.“ durch, welcher das Vorliegen eines Prozesses vor dem Erbgesundheitsgericht kennzeichnete. Ob an anderer Stelle eine Diagnose vorlag, ist nicht bekannt.

Die Auswahl der zur Zwangssterilisation berechtigten Ärzte richtete sich in der Regel nach deren politischer Zuverlässigkeit (vgl. Heesch 1995, S. 15). So war ein Großteil der führenden Ärzte der UFK Kiel Mitglied der NSDAP. Dies konnte anhand von Auskünften aus dem Berliner Document Center für die Ärzte Schröder, Kessler, Kirchhoff und Huber belegt werden. Prof. Philipp hingegen war kein Mitglied der NSDAP.

In Bezug auf die Sterilisationsmethoden gingen die Meinungen innerhalb der deutschen Ärzteschaft auseinander. So gab es eine Vielzahl von unterschiedlichen bevorzugten Operationsmethoden.

An der UFK Kiel fand im Laufe der Jahre eine Veränderung im Einsatz der verschiedenen Operationsmethoden statt. Diese ist im engen Zusammenhang mit dem Wechsel der Klinikleitung und der Operateure zu sehen.

Unter der Leitung Prof. Schröders bis ins Jahr 1936 erfolgte ein Großteil der Operationen durch die abdominelle Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.) und die inguinale Tubensterilisation. Prof. Kessler, einst von Prof. Schröder ausgebildet, operierte in seiner Zeit der kommissarischen Klinikleitung weiterhin nach den oben genannten Methoden.

Mit seinem Abschied von der Klinik im September 1937 änderte sich auch die Sterilisationspraxis an der Klinik und es machte sich der Einfluss der aus Greifswald kommenden Professoren Philipp und Schaefer bemerkbar.

Prof. Philipp, seit November 1937 mit der Klinikleitung betraut, führte zusammen mit Prof. Schaefer die Tubenquetschung nach Madlener ein. Diese etablierte sich in den Jahren 1938 und 1939 und ersetzte die Methode der Keilexzision der Tuben vollständig.

Im Gegensatz zur abdominellen Keilexzision der Tuben hatte die Tubenquetschung nach Madlener den Vorteil einer schnellen und meist unkomplizierten Durchführbarkeit, galt aber in Bezug auf das Sterilisationsergebnis als weniger sicher, da sie eine höhere Versagerquote aufwies (vgl. Heesch 1995, S. 15 – 16).

Es ist anzunehmen, dass die Bevorzugung einzelner Sterilisationsmethoden weniger von objektiven Kriterien als vom persönlichen Ermessen der Klinikleitung abhängig war.

Ab 1936 war auch die Zwangssterilisation mittels Röntgenstrahlen erlaubt.

Gisela Bock sah die Legitimation für diese Methode in der erheblichen Todesrate durch operative Sterilisationseingriffe (vgl. Bock 1986, S. 375).

An der UFK Kiel wurden im Rahmen des G.z.V.e.N. insgesamt sieben Frauen auf diesem Wege unfruchtbar gemacht.

Bei zwei dieser Frauen fand die Röntgenbestrahlung bereits in den Jahren 1934 und 1935, d.h. vor der gesetzlichen Legitimation dieser Methode, statt. Bei einer dieser Frauen lagen zusätzliche medizinische Gründe in Form einer Anämie infolge starker Regelblutung vor.

Um aufkommende Unruhe und Widerstand der Bevölkerung gegenüber den Zwangssterilisationen gering zu halten und ein Durchdringen der Geschehnisse nach außen zu vermeiden, fand eine strenge Geheimhaltung bezüglich der Zwangssterilisationen an der Klinik statt. Sämtliche Akten waren mit dem Vermerk „besonders sorgfältiges Berufsgeheimnis“ gekennzeichnet und auch in ärztlichen Korrespondenzen fanden sich Hinweise auf die besonders strenge Schweigepflicht. So lautete ein Schreiben an einen Sanitätsrat: *„... Wir bitten Sie, diesen Brief besonderer ärztlicher Verschwiegenheit zu unterziehen, da es sich um eine Erbgesundheitsangelegenheit handelt. Wir bitten, diese Bemerkung entschuldigen zu wollen, aber wir sind selbst vom Gesetz dazu verpflichtet.“* (Akte UFK K 1382/37).

Da es sich bei den vorliegenden Akten ausschließlich um Krankenakten handelte, konnte nicht ermittelt werden, inwiefern Patienten oder deren Eltern Widerstand gegen die Zwangssterilisationen leisteten.

Der Zwangscharakter des Geschehens wird auch durch die Anwendung polizeilicher Gewalt im Falle eines Nicht-Erscheinens der Patientin in der Klinik deutlich. Nach Mahnung und Verstreichen einer 14tägigen Frist erfolgte die polizeiliche Zuführung der Patientin.

Genaue Angaben zur Häufigkeit dieses Vorgehens konnten nicht ermittelt werden.

In Bezug auf die Komplikationsrate waren den Akten nur wenige Einträge zu entnehmen. Geht man aber von den Ergebnissen anderer Kliniken (vgl. Regensburger 2002, S. 69 – 70) aus, so ist anzunehmen, dass die Anzahl an Patientinnen mit postoperativem Fieber, Wundheilungsstörungen, Blutungen und Bronchitiden höher lag, als dokumentiert.

Die in einigen Fällen gleichzeitig durchgeführten Zusatzeingriffe wie Entfernung von Zysten, Uterusfixationen oder Dammplastiken brachten weitere Operationsrisiken mit sich.

Für einige der Frauen war der Sterilisationseingriff nicht nur mit Komplikationen verbunden, sondern bedeutete den Tod.

An der Kieler UFK waren zwei Todesfälle in engem Zusammenhang mit dem Sterilisationseingriff zu sehen. Bei einer weiteren Patientin fand sich ein Sektionsbericht an die Nervenklinik gerichtet, wo diese vermutlich nach ihrer Entlassung aus der UFK Kiel verstarb.

Rechnet man diesen Todesfall ebenfalls zu den im Zusammenhang mit der Zwangssterilisation stehenden Todesfällen, ergibt sich eine Mortalität von 0,56 %.

Laut Gisela Bock wurde den Sterilisationseingriffen ein amtliches Todesrisiko von 0,5 % für Frauen und 0,1 % für Männer zugestanden und als befriedigend angesehen, da es dem Risiko einer „normalen“ Operation entspräche. Anzunehmen sei jedoch nach Berichten der medizinischen Fachpresse aus dem Jahre 1935 eine deutlich höhere Mortalitätszahl von 5 % für Frauen.

In der Statistik seien vermutlich nur jene Tote gezählt worden, die nicht aufgrund eines direkten Operationsfehlers, sondern durch postoperative Komplikationen verstorben seien (vgl. Bock 1986, S. 376 – 377).

In Bezug auf die Mortalitätsrate lag die Kieler UFK somit an der oberen Grenze des amtlich tolerierten Risikobereichs.

In den letzten 20 Jahren wurden auch für zahlreiche andere Kliniken und Erbgesundheitsgerichte Arbeiten zum Thema Zwangssterilisation veröffentlicht.

Eine Auswahl dieser Veröffentlichungen haben wir genutzt, um die Ergebnisse dieser Arbeit mit den Zahlen anderer Kliniken und Erbgesundheitsgerichte zu vergleichen.⁵

Da sich die Publikationen in ihren Ansatzpunkten und dem verwendeten Aktenmaterial teilweise stark unterscheiden, konnte nur in ausgewählten Bereichen eine Vergleichbarkeit geschaffen werden.

Die Arbeiten aus Jena (Vgl. Regensburger 2002), Göttingen (vgl. Koch 1994), Freiburg (vgl. Link 1999), München (vgl. Horban 1999) und Halle (vgl. Grimm 2004) verwendeten wie die vorliegende Arbeit Patientenakten der Universitäts-Frauenkliniken, so dass Vergleiche

⁵ Tabelle hierzu im Anhang

sowohl im Bereich der Diagnosen, als auch in Bezug auf die Sterilisationsmethoden gezogen werden konnten.

Schwieriger gestaltete sich die Auswertung und Vergleichbarkeit der Veröffentlichungen aus Marburg (vgl. Hilder 1996), Bremen (vgl. Fuchs 1988), Frankfurt am Main (vgl. Daum und Deppe 1991) und Offenbach am Main (vgl. Henning 2000).

Während es sich bei der Dissertation von D.J. Hilder um die Auswertung von Akten der Landesheilanstalt Marburg handelt, legten G. Fuchs, M. Daum/ H.-U. Deppe und J. Henning die Akten der Erbgesundheitsgerichte für ihre Arbeiten zugrunde.

Alle vier Publikationen beschäftigten sich mit der Zwangssterilisation von Frauen und Männern.

Für Marburg (vgl. Hilder 1996) und Frankfurt am Main (vgl. Daum und Deppe 1991) lagen die Diagnosen für Frauen und Männer getrennt vor, was eine Vergleichbarkeit mit den Veröffentlichungen aus den Frauenkliniken ermöglichte.

Angaben über die angewendeten Sterilisationsmethoden konnten nur aus den Arbeiten, die die Verhältnisse an Universitäts-Frauenkliniken darlegten, ermittelt werden. Daher beschränkt sich der Vergleich in diesem Punkt auf die Universitäts-Frauenkliniken Kiel, Jena (vgl. Regensburger 2002), Göttingen (vgl. Koch 1994), Freiburg (vgl. Link 1999), München (vgl. Horban 1999) und Halle (vgl. Grimm 2004).

Im Bereich der Sterilisationsindikationen stellte sich eine gemeinsame Tendenz zwischen den einzelnen Kliniken und Arbeiten heraus. Trotz Unterschieden in der prozentualen Verteilung zeigte sich, dass die am häufigsten zur Zwangssterilisation führenden Diagnosen in absteigender Reihenfolge „angeborener Schwachsinn“, „Schizophrenie“ und „erbliche Fallsucht“ waren.

Eine Sonderrolle besaß die Landesheilanstalt Marburg (vgl. Hilder 1996) in der die Sterilisationsindikationen von dieser sonst weitestgehend einheitlichen Verteilungstendenz abwichen.

So lag dort der Anteil der Patientinnen, die aufgrund von „angeborenem Schwachsinn“ sterilisiert wurden, mit 8,3 % deutlich niedriger als in den übrigen Arbeiten. In diesen stellte die Diagnose „angeborener Schwachsinn“ den größten Anteil der Sterilisations- bzw. Antragsdiagnosen dar. Am häufigsten wurde jene Diagnose mit 72,1 % an der Universitäts-Frauenklinik Halle (vgl. Grimm 2004) gestellt. In München (vgl. Horban 1999) wurden hingegen nur 32,2 % der Patientinnen aufgrund „angeborenen Schwachsinns“ sterilisiert.

Der Grund für die besondere Rolle Marburgs (vgl. Hilder 1996) ist im Patientenkontext zu sehen.

Die Landesheilanstalt Marburg war eine „Nervenklinik“ und diente der Versorgung von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Demzufolge überwogen dort die klassischen psychiatrischen Diagnosen wie „Schizophrenie“ und „manisch-depressiver Irrsinn“, die einen prozentualen Anteil von 60,5 % und 27,4 % der Diagnosen darstellten.

Diese Diagnosen wurden an den anderen Kliniken deutlich seltener gestellt.

Während Patienten mit einer Schizophrenie in Jena (vgl. Regensburger 2002), Offenbach (vgl. Henning 2000), Bremen (vgl. Fuchs 1988), München (vgl. Horban 1999), Frankfurt am Main (vgl. Daum und Deppe 1991) und Göttingen (vgl. Koch 1994) durchschnittlich 20 % des Sterilisationskollektivs darstellten, wurde diese Diagnose an der UFK Kiel nur in 11,2 % der Fälle, in Halle (vgl. Grimm 2004) sogar nur in 7,3 % der Fälle gestellt.

An der UFK Halle (vgl. Grimm 2004) stellte die „Schizophrenie“ somit nicht, wie an den übrigen Kliniken, die zweithäufigste Sterilisationsindikation dar, sondern folgte nach der „erblichen Fallsucht“ an dritter Stelle.

Am häufigsten kam die Diagnose „Schizophrenie“ neben der LHA Marburg (vgl. Hilder 1996) an der UFK Freiburg (vgl. Link 1999) vor (35,7 %).

Auch die Diagnose des „manisch-depressiven Irrsinns“ war an der UFK Kiel vergleichsweise selten vertreten. Hier wurden lediglich 0,2 % der Patientinnen aufgrund dieser Indikation sterilisiert, während sie in anderen Arbeiten einen Anteil von 1,1 bis 7,9 % darstellte.

In Bezug auf die Diagnose der „angeborenen Fallsucht“ lagen für die Arbeiten aus München (vgl. Horban 1999), Halle (vgl. Grimm 2004), Frankfurt am Main (vgl. Daum und Deppe 1991) und Göttingen (vgl. Koch 1994) ähnliche Zahlen wie an der UFK Kiel (11,0 %) vor. Etwas häufiger kam diese Diagnose in den Arbeiten aus Offenbach am Main (vgl. Henning 2000) (16,1 %) und Bremen (vgl. Fuchs 1988) (18,1 %) vor. In Jena (vgl. Regensburger 2002), Marburg (vgl. Grimm 2004) und Freiburg (vgl. Daum und Deppe 1991) stellte die „erbliche Fallsucht“ hingegen einen geringeren Anteil von etwa 5 % dar.

Wie auch in der vorliegenden Arbeit wurden alle übrigen Diagnosen, wie „Huntingtonsche Chorea“, „erbliche Blindheit“, „erbliche Taubheit“, „schwere erbliche körperliche Missbildung“ und „schwerer Alkoholismus“ nur vereinzelt gestellt und nahmen jeweils einen Anteil von weniger als 2 % ein.

Eine Ausnahme stellten hierbei die UFK Jena (vgl. Regensburger 2002) und Halle (vgl. Grimm 2004) und das Erbgesundheitsgericht Offenbach am Main (vgl. Henning 2000) dar. An der UFK Jena (vgl. Regensburger 2002) wurden 3,1 % der Zwangssterilisationen aufgrund

„schwerer erblicher körperlicher Missbildung“ durchgeführt. Die Diagnose der „erblichen Taubheit“ wurde an der UFK Halle (vgl. Grimm 2004) in 2,5 % der Fälle gestellt.

Am Erbgesundheitsgericht Offenbach am Main (vgl. Henning 2000) erfolgten 2,2 % der Sterilisationsanträge aufgrund von „schwerem Alkoholismus“. Hierbei handelte es sich allerdings um die Auswertung der Akten von sowohl Frauen als auch Männern. Aufgrund des damals unterschiedlichen Trinkverhaltens von Männern und Frauen ist anzunehmen, dass der überwiegende Teil der betroffenen Patienten männlich war, was den deutlichen Unterschied zu den Ergebnissen der übrigen Kliniken erklären würde.

Konnten in Bezug auf die Verteilung der Diagnosen in den einzelnen Arbeiten Parallelen gezogen werden, bestanden bezüglich der verwendeten Operationsmethoden deutliche Unterschiede zwischen den Universitäts-Frauenkliniken.

Wie in Kiel waren die eingesetzten Operationsmethoden auch an anderen Universitäts-Frauenkliniken sowohl von der Schulung der Operateure als auch dem Ermessen der Klinikleitung abhängig.

Ärzte wechselten die Kliniken und brachten bisher nicht angewendete Operationsverfahren mit. Prof. Schaefer, der neben Kiel zeitweise auch in Jena (vgl. Regensburger 2002) tätig war, führte vermutlich in beiden Kliniken die Sterilisationsmethode nach Madlener ein.

In beiden Kliniken stellte jedoch die abdominelle Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.) die bevorzugte Operationsmethode dar. In Kiel wurde sie bei 60,3 % der Operationen, in Jena (vgl. Regensburger 2002) sogar bei 85,1 % der Sterilisationen eingesetzt.

Auch an der UFK Freiburg (vgl. Link 1999) war die Sterilisation per laparotomiam die am häufigsten angewendete Methode (49,9 %).

In Halle (vgl. Grimm 2004) hingegen wurde die Sterilisation nach Madlener bevorzugt und fand bei 70,3 % der Sterilisationseingriffe Anwendung. Die abdominelle Keilexzision der Tuben wurde hier nur bei 26,3 % der Operationen durchgeführt.

Die Madlener-Operation wurde in Kiel, Freiburg (vgl. Link 1999) und Jena (vgl. Regensburger 2002) wesentlich seltener praktiziert und machte nur einen Anteil von 16,6 % der Sterilisationen in Kiel, 4,4 % in Freiburg (vgl. Link 1999) und 0,4 % in Jena (vgl. Regensburger 2002) aus.

Die inguinale Tubensterilisation, die in Kiel bei 14,2 % der Sterilisationen eingesetzt wurde, stellte an der UFK München (vgl. Horban 1999) die Methode der Wahl dar. Über die Leistenkanäle wurden dort 83,3 % der Patientinnen sterilisiert. Die abdominellen

Sterilisationsverfahren machten in München (vgl. Horban 1999) hingegen nur einen Anteil von insgesamt 11,8 % der Eingriffe aus.

Auch an der UFK Freiburg (vgl. Link 1999) fand die inguinale Sterilisationsmethode mit 35 % der Operationen rege Anwendung.

Die eingesetzten Sterilisationsmethoden waren zum einen von subjektiven Kriterien, wie der Ansicht der Klinikleitung und führender Operateure, zum anderen aber auch von objektiven Kriterien, wie der Klinikausstattung, abhängig.

Letzteres zeigte sich insbesondere bei der Sterilisation mittels Röntgenbestrahlung.

Während in Kiel die Zwangssterilisation mittels Röntgenbestrahlung oder Radiumeinlage nur bei 0,1 % der Patientinnen Anwendung fand, wurde diese Methode in den übrigen hier betrachteten Kliniken deutlich häufiger eingesetzt. In Jena (vgl. Regensburger 2004) kam sie bei 5,9 % der Fälle, in München (vgl. Horban 1999) bei 4,9 % und in Freiburg (vgl. Link 1999) bei 3 % der Sterilisationen zum Einsatz.

Auch an der UFK Halle (vgl. Grimm 2004) wurde diese Methode mit 1,3 % der Eingriffe häufiger eingesetzt als an der UFK Kiel.

Ein Grund für die abweichende Bestrahlungshäufigkeit an den Kliniken könnte in den unterschiedlichen Profilen der Universitäts-Frauenkliniken gesehen werden.

Zur damaligen Zeit existierte an der Universitätsklinik Kiel, wie auch an vielen anderen Kliniken, noch keine eigene Abteilung für Radiologie, so dass die Ärzte der einzelnen Fachabteilungen die Bestrahlungen selbst durchführten.

An der UFK Kiel fanden Röntgenbestrahlungen damals hauptsächlich zur Therapie des Corpus-Carcinoms und zur Röntgenkastration bei Hypermenorrhoe und klimakterischen Blutungen statt. Für die Bestrahlungen stand den Ärzten ein Otto-Volt-Gerät zur Verfügung, das erst später durch ein moderneres Röntgengerät ersetzt wurde, woraufhin sich die Bestrahlungstechnik weiter etablierte.

Möglicherweise erlaubten die materiellen Gegebenheiten anderer Universitäts-Frauenkliniken eine weitreichendere Bestrahlungspraxis.

Zusätzlich zu den materiellen Gegebenheiten könnte aber auch die Unsicherheit hinsichtlich der nötigen Bestrahlungsdosis, die eine anhaltende und sichere Sterilität gewährleistete, den operativen Verfahren an der UFK Kiel den Vorzug gegeben haben.

Neben den Sterilisationseingriffen wurden wie in Kiel auch an anderen Universitäts-Frauenkliniken Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen.

Sie erfolgten in Freiburg (vgl. Link 1999), München (vgl. Horban 1999), Jena (vgl. Regensburger 2002) und Halle (vgl. Grimm 2004) mit 3,9 bis 6,6 % der Gesamteingriffe häufiger als an der UFK Kiel. Hier wurde bei 3,2 % der Patientinnen ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt.

Für Deutschland seien laut Gisela Bock im Rahmen des G.z.V.e.N. insgesamt etwa 30.000 Schwangerschaftsabbrüche anzunehmen (vgl. Bock 1986, S. 101).

Beim Vergleich der Mortalitätsraten vielen Unterschiede auf.

An der UFK Jena (vgl. Regensburger 2002) traten mit 0,1 % am wenigsten Todesfälle auf. Geht man von drei Todesfällen in Kiel und somit einem Anteil von 0,56 % der Patientinnen aus, so verstarben hier prozentual die meisten Patientinnen im Zusammenhang mit dem Sterilisationseingriff. Für die UFK Halle (vgl. Grimm 2004) wurde eine Mortalitätsrate von 0,2 %, für die UFK Freiburg (vgl. Link 1999) von 0,5 % angegeben.

Da sowohl in Jena (vgl. Regensburger 2002), Kiel und Freiburg (vgl. Link 1999) die abdominelle Keilexzision der Tuben bevorzugt wurde, kann kein Zusammenhang zwischen den verwendeten Operationsmethoden und der Mortalitätsrate festgestellt werden.

Ein Grund für die niedrige Todesrate an der UFK Halle (vgl. Grimm 2004) könnte die Bevorzugung der Madlener Operation sein, die als besonders risikoarm galt (vgl. Heesch 1995, S. 15 – 16).

In der Zeit von 1932 bis 1940 beteiligten sich an der Kieler Universitäts-Frauenklinik eine Vielzahl von Operateuren und Assistenten an den Zwangssterilisationen. Die vorliegenden Akten erlauben keine Rückschlüsse auf möglichen Widerstand der Ärzte oder des Pflegepersonals gegen dieses Vorgehen, so dass die Frage nach der ideellen Gesinnung der Beteiligten weitestgehend offen bleiben muss.

Im Rahmen der Recherchen für diese Arbeit ist mir und dem die Arbeit betreuenden Kollegen Dr. Schollmeyer erneut eindringlich bewusst geworden, dass vor dem Hintergrund dieser historischen Erfahrung unser eigenes ärztliches Handeln kritisch bewertet und die Sensibilität für ethische Fragestellungen geschärft werden muss.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Durchführung von Zwangssterilisationen im Rahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Universitäts-Frauenklinik Kiel in den Jahren 1932 bis 1940.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (G.z.V.e.N.) wurde am 14. Juli 1933 verabschiedet und trat am 1. Januar 1934 in Kraft.

Es diente in der Zeit des Nationalsozialismus der Umsetzung rassenhygienischer Vorstellungen, die ihren Ursprung bereits Ende des 19. Jahrhunderts hatten.

Damalige Rassenhygieniker wie Alfred Ploetz, Wilhelm Schallmayer und Fritz Lenz propagierten eine qualitative Fortpflanzungspolitik zur Verhinderung einer Ausbreitung kranken Erbgutes innerhalb der Bevölkerung.

Beeinflusst wurden diese eugenischen Überlegungen durch ökonomische Krisen Anfang des 20. Jahrhunderts, die vielfach auf die steigenden Kosten durch Unterbringung und Unterstützung von geistig Schwachen und Kranken zurückgeführt wurden.

Die Auswirkungen des G.z.V.e.N. an der Universitäts-Frauenklinik Kiel wurden anhand der im Archiv gelagerten Hauptbücher und Patientenjournale aus der Zeit vom 13. September 1932 bis 15. Januar 1940 ermittelt.

In diesem Zeitraum wurden an der UFK Kiel 536 Zwangssterilisationen an Frauen vorgenommen, wobei der Großteil der Sterilisationen in den Jahren 1934 bis 1937 erfolgte.

Die überwiegende Mehrheit der Frauen kam aus sozial niedrigeren Schichten, arbeitete in Haushalten, als Arbeiterin oder war ohne Beruf. Nur etwa 0,6 % der Frauen übten qualifizierte Berufe wie z.B. Krankenschwester oder Lehrerin aus.

Die meisten Frauen (67,4 %) waren ledig, 24,6 % waren verheiratet, der Rest von ihnen war geschieden oder verwitwet.

Das mittlere Alter der Patientinnen betrug zum Zeitpunkt der Sterilisation 26 Jahre, die jüngste Patientin war elf Jahre, die älteste 48 Jahre alt.

Als größte Gruppe der Sterilisierten sind die Patientinnen mit der Diagnose „angeborener Schwachsinn“ zu nennen. Aufgrund dieser Diagnose wurden an der UFK Kiel 64,9 % der Frauen sterilisiert. Unter „Schizophrenie“ und „erblicher Fallsucht“ litten 11,2 % bzw. 11,0 %

der Patientinnen. Wesentlich seltener kamen die Diagnosen „erbliche Blindheit“ und „erbliche Taubheit“ mit jeweils 0,9 %, „schwere erbliche körperliche Missbildung“ (0,7 %), „manisch-depressiver Irrsinn“ und „schwerer Alkoholismus“ mit jeweils 0,2 % vor.

Sonstige Diagnosen lagen in 2,4 % der Fälle vor. Ohne das Vorliegen von Diagnosen in den Akten wurden 8,8 % der Patientinnen sterilisiert.

Auffallend war der besonders hohe Anteil von Patientinnen mit „angeborenem Schwachsinn“ speziell in den sozial schwachen Bevölkerungsschichten.

An der Durchführung der Zwangssterilisationen waren an der Kieler UFK in der Zeit von 1932 bis 1940 insgesamt 16 Operateure beteiligt. Hinzu kam eine Zahl weiterer Ärzte, die bei den Operationen assistierten.

Die Sterilisationen erfolgten zu 98,7 % auf operativem Wege. Nur in sieben Fällen wurden Patientinnen durch Röntgenstrahlen unfruchtbar gemacht.

Als Operationsmethode stand die abdominelle Keilexzision der Tuben (Sterilisation per lap.) an erster Stelle. Diese wurde besonders in den Anfangsjahren bis 1937 als Methode der Wahl bevorzugt und bei 60,3 % der Patientinnen angewendet.

Eine zu Beginn ebenfalls häufig eingesetzte Methode war die Sterilisation über die Leistenkanäle (inguinale Tubensterilisation). Sie kam bei 14,2 % der Zwangssterilisationen zur Anwendung.

Im Jahre 1937 erfolgten erstmals Sterilisationen nach der Madlener-Methode, bei der die Tuben durch Quetschung undurchgängig gemacht wurden. Nachfolgend wurde diese Methode bei einem Großteil der Operationen eingesetzt, so dass sie mit 16,6 % an zweiter Stelle der Gesamteingriffe stand.

Seltener eingesetzte Methoden stellten die komplette Exstirpation der Tuben oder Adnexe, die Sterilisation nach Fuchs und die vaginale Tubenexstirpation dar.

Zusätzlich zum Sterilisationseingriff führten die Operateure in einigen Fällen noch weitere operative Maßnahmen wie die Entfernung von Zysten, Uterusfixationen oder Dammplastiken durch.

Bei 17 Frauen kam es im Rahmen der Zwangssterilisation zu einem Schwangerschaftsabbruch. Dieser erfolgte in 14 Fällen im ersten Schwangerschaftstrimenon, bei drei Frauen wurde die Schwangerschaft im zweiten Trimenon abgebrochen.

Eingesetzte Methoden waren hierbei Abruptiones durch abdominelle Ausräumung, Abrasionen und in einem Fall der Einsatz einer Abortzange.

Der Sterilisationseingriff führte ein nicht unerhebliches gesundheitliches Risiko für die Patientinnen mit sich. Neben Wundheilungsstörungen, Unruhe und Fieber kam es in drei Fällen zum postoperativem Tod der Patientin, was einer Mortalität von 0,56 % entsprach.

Als Todesursachen wurden „katatoner Erregungszustand“, Thrombophlebitis, Lungeninfarkt und Pneumonie angegeben.

Die Auswertung der Akten belegte die konsequente Durchführung der Zwangssterilisationen auf Anweisung des Erbgesundheitsgerichtes auch an der Universitäts-Frauenklinik Kiel und zeigte die Auswirkungen der Rassenhygiene auf die Medizin.

Der Vergleich mit Arbeiten anderer Kliniken konnte zeigen, dass sich die Zwangssterilisationen an der UFK Kiel in ganz ähnlicher Art und Weise abspielten wie in vielen Kliniken Deutschlands, sich die Kieler UFK somit in das Machtgefüge des Nationalsozialismus eingliederte.

6 Quellenangaben

6.1 Archivmaterial

Archiv der Universitäts-Frauenklinik Kiel:

- I. Hauptbücher der gynäkologischen Allgemeinabteilung vom 12.09.1932 – 01.02.1940
- II. Gynäkologische Journale (Patientenakten) der Allgemeinabteilung
vom 29.03.1933 – 03.02.1940

6.2 Literaturverzeichnis

Arendt, Eugen (1897): Bemerkungen zur operativen Konzeptionsverhinderung.

In: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 31, S. 1318 – 1323

Bauer, Erwin, E. Fischer, F. Lenz (1932): Grundriß der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene. Teil 1: Menschliche Erblchkeitslehre und Rassenhygiene (Eugenik).

Teil 2: Menschliche Auslese und Rassenhygiene, J. F. Lehmanns Verlag, München

Becker, Peter Emil (1988): Zur Geschichte der Rassenhygiene. Wege ins Dritte Reich,

Thieme Verlag, Stuttgart; New York

Beuttner, Oskar (1897): Sterilisation mittels Tubendurchschneidung nach Laparotomie.

In: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 31, S. 1227 – 1228

Bock, Gisela (1986): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Westdeutscher Verlag, Opladen

Daum, M., H.-U. Deppe (1991): Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933 – 1945,

Campus Verlag, Frankfurt/ Main; New York

Engelmann, F. (1927): Sterilität und Sterilisation. In: Veit, J., W. Stoeckel (Hrsg.): Handbuch der Gynäkologie, J. F. Bergmanns Verlag, München

Eymer, Heinrich (1936): Die Unfruchtbarmachung der Frau. In: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. Gesetz und Erläuterungen, 2. Auflage, J. F. Lehmanns Verlag, München

Frey, Manuel (2005): Prävention und Propaganda. In: Ärzte und Medizin im Nationalsozialismus, Ärzteblatt Sachsen 4/2005

Fuchs, Gerhard (1988): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus in Bremen, Med.-Diss., Hamburg

Ganssmüller, Christian (1987): Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung, Böhlau Verlag, Köln; Wien

Grimm, Jana (2004): Zwangssterilisation von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus – eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945, Med.-Diss., Halle–Wittenberg

Gütt, A., E. Rüdin, F. Ruttke (1936): Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. Gesetz und Erläuterungen, 2. Auflage, J. F. Lehmanns Verlag, München

Gütt, A., L. Linden, F. Maßfeller, (1937): Blutschutz- und Ehegesundheitsgesetz. Gesetz und Erläuterungen, München

Gütt, Arthur (1938): Der Aufbau des Gesundheitswesens im Dritten Reich. Schriften der Hochschule für Politik, Junker und Dünhauptverlag, Berlin

Gütt, Arthur (1939): Der öffentliche Gesundheitsdienst. Erläuterungen über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Band 1, Carl Heymanns Verlag, Berlin

Heesch, Eckhard (1995): Nationalsozialistische Zwangssterilisierungen psychiatrischer Patienten in Schleswig-Holstein. In: Demokratische Geschichte. Jahrbuch zur Arbeiterbewegung und Demokratie in Schleswig-Holstein, 9/1995, Online im Internet,

URL: <http://www.akens.org/akens/texte/demgesch/heesch.html>

Henning, Jessika (2000): Zwangssterilisation in Offenbach am Main 1934 – 1944, Med.-Diss., Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main

Hilder, Dagmar Juliette (1996): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Die Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der Landesheilanstalt Marburg, Med.-Diss., Verlag Görich & Weiershäuser GmbH, Marburg

Hilgenber, F.C. (1935): Die sinngemäße Sterilisationsmethode zur Unfruchtbarmachung erbkranker Frauen. In: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 25, S. 1453

Holtermann, C. (1935): Zur Wahl der operativen Sterilisierung bei der Frau. In: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 42, S. 2472 - 2476

Horban, Corinna (1999): Gynäkologie und Nationalsozialismus: Die Zwangssterilisierten, ehemaligen Patientinnen der I. Universitätsfrauenklinik heute – eine späte Entschuldigung, Med.-Diss., Herbert Utz Verlag, Wissenschaft, München

Jonat, W., C. Andree, T. Schollmeyer (2005): Universitäts-Frauenklinik Kiel und Michaelis-Hebammenschule 1805 – 2005. Eine medizinhistorische Studie zum 200-jährigen Bestehen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Kästner, I. (2005): Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik und ihre Auswirkungen auf die Medizin. In: Ärzte im Nationalsozialismus, Ärzteblatt Sachsen 4/2005

Kehrer, F.A. (1897): Sterilisation mittels Tubendurchschneidung nach vorderem Scheidenschnitt. In: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 31, S. 961 – 965

Koch, Thomas (1994): Zwangssterilisation im Dritten Reich. Das Beispiel der Universitätsfrauenklinik Göttingen, Med.-Diss., Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main

Krabbel, M. (1939): Zur Technik der eugenischen Sterilisation. In: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 3, S. 157 – 159

Krink, Alfred: Leben im Dritten Reich, Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), Bonn

Lenz, Fritz (1932): Rassenhygiene (Eugenik). Band 3. In: Bauer, E., M. Hartmann: Handbuch der Vererbungswissenschaft, Verlag von Gebrüder Bornträger, Berlin

Leuthold, Gerhard (1975): Veröffentlichungen des medizinischen Schrifttums in den Jahren 1933 –1945 zum Thema: „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933“, Med.-Diss., Nürnberg

Link, Gunther (1999): Eugenische Zwangssterilisation und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Freiburg, Med.-Diss., Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main

Peter, Jürgen (2004): Der Einbruch der Rassenhygiene in die Medizin. Auswirkungen rassenhygienischen Denkens auf Denkkollektive und medizinische Fachgebiete von 1919 bis 1934, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main

Ploetz, Alfred (1895): Die Tüchtigkeit der Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders beim Socialismus, Berlin

Regensburger, Katja (2002): Die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an der Universitäts-Frauenklinik Jena 1934 – 1944, Med.-Diss., Jena

Rost, Ludwig (1992): Der propagandistische Mißbrauch des Begriffs „Erbkrankheit“ im NS-Staat. In: Propping, Peter (Hrsg.), H. Schott: Wissenschaft auf Irrwegen. Biologismus – Rassenhygiene – Eugenik, Bouvier Verlag, Bonn; Berlin

Schallmayer, Wilhelm (1920): Vererbung und Auslese. Grundriß der Gesellschaftsbiologie und Lehre vom Rassedienst, 4. Auflage, Gustav Fischer Verlag, Jena

Scholz, A., B. Töpolt (2005): Die Praxis der Zwangssterilisation in Dresden. In: Ärzte und Medizin im Nationalsozialismus, Ärzteblatt Sachsen 4/2005

Schott, Heinz (1992): Die Stimmen des Bösen. Kulturgeschichtliche Wurzeln der Ausmerze-Ideologie. In: Propping, Peter (Hrsg.), H. Schott: Wissenschaft auf Irrwegen. Biologismus – Rassenhygiene – Eugenik, Bouvier Verlag, Bonn; Berlin

Semm, Kurt (1955): Die Kieler Universitäts-Frauenklinik und Michaelis-Hebammenschule 1805 – 1980. Erweiterte Ausgabe der Studie von E. Philipp und G. Hörmann, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Thamer, Hans-Ullrich (1996): Nationalsozialismus I. Von den Anfängen bis zur Festigung der Macht. Informationen zur politischen Bildung, Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), Bonn

Weingart, Peter (1992): Politik und Vererbung. In: Propping, Peter (Hrsg.), H. Schott: Wissenschaft auf Irrwegen. Biologismus – Rassenhygiene – Eugenik, Bouvier Verlag, Bonn; Berlin

Wiessmann, Arthur (1932): Ueber die Sterilisierung Minderwertiger in Deutschland, Med.-Diss., Gießen

Zankl, Heinrich (1998): Genetik. Von der Vererbungslehre zur Genmedizin, C. H. Beck, München

Zehmisch, Heinz (2005): Deutsche Hakenkreuzmedizin. Ideologen und Praktiker. In: Ärzte und Medizin im Nationalsozialismus, Ärzteblatt Sachsen 4/2005

7 Anlagen

Tabelle I: Altersverteilung der Patientinnen 1934

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
- 14 J	6	4,8	5,5
15-19 J	23	18,4	20,9
20-24 J	33	26,4	30,0
25-29 J	21	16,8	19,1
30-34 J	12	9,6	10,9
35-39 J	7	5,6	6,4
40-44 J	7	5,6	6,4
45-49 J	1	0,8	0,9
gesamt	110	88,0	100,0
fehlend	15	12,0	
<i>Gesamt</i>	125	100,0	

Tabelle II: Altersverteilung der Patientinnen 1935

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
- 14 J	3	2,5	2,6
15-19 J	23	19,3	20,2
20-24 J	25	21,0	21,9
25-29 J	22	18,5	19,3
30-34 J	20	16,8	17,5
35-39 J	15	12,6	13,2
40-44 J	6	5,0	5,3
gesamt	114	95,8	100,0
fehlend	5	4,2	
<i>Gesamt</i>	119	100,0	

Tabelle III: Altersverteilung der Patientinnen 1936

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
15-19 J	12	12,6	12,8
20-24 J	27	28,4	28,7
25-29 J	20	21,1	21,3
30-34 J	18	18,9	19,1
35-39 J	15	15,8	16,0
40-44 J	2	2,1	2,1
gesamt	94	98,9	100,0
fehlend	1	1,1	
<i>Gesamt</i>	95	100,0	

Tabelle IV: Altersverteilung der Patientinnen 1937

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
- 14 J	3	3,1	3,1
15-19 J	23	23,7	24,0
20-24 J	19	19,6	19,8
25-29 J	22	22,7	22,9
30-34 J	18	18,6	18,8
35-39 J	8	8,2	8,3
40-44 J	2	2,1	2,1
45-49 J	1	1,0	1,0
gesamt	96	99,0	100,0
fehlend	1	1,0	
<i>Gesamt</i>	97	100,0	

Tabelle V: Altersverteilung der Patientinnen 1938

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
15-19 J	6	11,5	11,8
20-24 J	13	25,0	25,5
25-29 J	13	25,0	25,5
30-34 J	10	19,2	19,6
35-39 J	6	11,5	11,8
40-44 J	3	5,8	5,9
gesamt	51	98,1	100,0
fehlend	1	1,9	
<i>Gesamt</i>	52	100,0	

Tabelle VI: Altersverteilung der Patientinnen 1939

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
- 14 J	3	7,3	7,5
15-19 J	8	19,5	20,0
20-24 J	8	19,5	20,0
25-29 J	10	24,4	25,0
30-34 J	7	17,1	17,5
35-39 J	3	7,3	7,5
40-44 J	1	2,4	2,5
gesamt	40	97,6	100,0
fehlend	1	2,4	
<i>Gesamt</i>	41	100,0	

Tabelle VII: Berufe der Patientinnen 1934

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
ohne Beruf	71	56,8	59,2
Hilfstätigkeiten	1	0,8	08
Hausangestellte	25	20,0	20,8
Hausfrau	18	14,4	15,0
Schneiderin	1	0,8	0,8
Schülerin	3	2,4	2,5
Krankenschwester	1	0,8	0,8
gesamt	120	96,0	100,0
fehlend	5	4,0	
<i>Gesamt</i>	125	100,0	

Tabelle VIII: Berufe der Patientinnen 1935

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
ohne Beruf	62	52,1	52,5
Arbeiterin	3	2,5	2,5
Hausangestellte	18	15,1	15,3
Hausfrau	31	26,1	26,3
Schneiderin	2	1,7	1,7
Wäscherin	1	0,8	0,8
Schülerin	1	0,8	0,8
gesamt	118	99,2	100,0
fehlend	1	0,8	
<i>Gesamt</i>	119	100,0	

Tabelle IX: Berufe der Patientinnen 1936

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
ohne Beruf	42	44,2	44,7
Arbeiterin	4	4,2	4,3
Hausangestellte	16	16,8	17,0
Hausfrau	31	32,6	33,0
Schülerin	1	1,1	1,1
gesamt	94	98,9	100,0
fehlend	1	1,1	
<i>Gesamt</i>	95	100,0	

Tabelle X: Berufe der Patientinnen 1937

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
ohne Beruf	48	49,5	49,5
Arbeiterin	6	6,2	6,2
Hausangestellte	24	24,7	24,7
Hausfrau	16	16,5	16,5
Schneiderin	2	2,1	2,1
Wäscherin	1	1,0	1,0
<i>Gesamt</i>	97	100,0	100,0

Tabelle XI: Berufe der Patientinnen 1938

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
ohne Beruf	20	38,5	38,5
Arbeiterin	1	1,9	1,9
Hilfstätigkeiten	1	1,9	1,9
Hausangestellte	11	21,2	21,2
Hausfrau	18	34,6	34,6
“Puella publica”	1	1,9	1,9
<i>Gesamt</i>	52	100,0	100,0

Tabelle XII: Berufe der Patientinnen 1939

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente
ohne Beruf	16	39,0	39,0
Arbeiterin	3	7,3	7,3
Hausangestellte	14	34,1	34,1
Hausfrau	3	7,3	7,3
Schneiderin	2	4,9	4,9
Wäscherin	1	2,4	2,4
Stenotypistin	1	2,4	2,4
Gewerbelehrerin	1	2,4	2,4
<i>Gesamt</i>	41	100,0	100,0

Tabelle XIII: Vergleich mit anderen Kliniken

	UFK Kiel		UFK Jena		UFK Göttingen		UFK Freiburg	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Patientenzahl (Antragszahl)	536		1035		787		906	
Diagnosen								
angeborener Schwachsinn	348	64,9	561	54,2	453	57,6	479	51,8
Schizophrenie	60	11,2	250	24,1	172	21,9	330	35,7
manisch-depr. Irsinn	1	0,2	53	5,1	39	5,0	35	3,8
erbliche Fallsucht	59	11,0	82	7,9	75	9,5	53	5,7
Huntingtonsche Chorea					1	0,1	3	0,3
erbliche Blindheit	5	0,9	1	0,1	4	0,5	4	0,4
erbliche Taubheit	5	0,9	4	0,4	6	0,8	9	0,1
schwere erbliche körperliche Missbildung	4	0,7	32	3,1	5	0,7	3	0,3
schwerer Alkoholismus	1	0,2	3	0,3	1	0,1	2	0,2
sonstige	6	1,1	26	2,5	24	3,0	2	0,2
fehlend	47	8,8	23	2,3	7	0,9	5	0,5
gesamt	536	100,0	1035	100,0	787	100,0	925	100,0
Sterilisationseingriffe (-beschlüsse)	536	100,0	1018	100,0	787	100,0	906	100,0
Sterilisationsmethoden								
Inguinale Tubensterilisation	76	14,2	3	0,3			317	35,0
lap. Keilexzision der Tuben	323	60,3	866	85,1	211	26,8	452	49,9
Madlener Tubenquetschung	89	16,6	4	0,4	545	69,3	40	4,4
lap. Tubenexstirpation	27	5,0	65	6,4				
Röntgenstrahlung / Radium-Einlage	7	0,1	58	5,9	22	2,8	27	3,0
sonstige	7	0,1	12	1,2	9	1,1	61	6,6
fehlend	7	0,1	10	1,0			9	0,1
Schwangerschaftsabbrüche	17	3,2	68	6,5			35	3,9
Mortalitätsrate	2 (3)	0,37 (0,56)	1	0,1	3	0,4	4	0,5

	I. UFK München		UFK Halle		LHA Marburg		EG Bremen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Patientenzahl (Antragszahl)	1318		1417		157		254	
Diagnosen	438	32,2	1021	72,1	13	8,3	119	46,9
angeborener Schwachsinn	265	20,1	103	7,3	95	60,5	72	28,3
Schizophrenie	37	2,8	16	1,1	43	27,4	8	3,1
manisch-depr. Irrsinn	133	10,1	176	12,4	5	3,2	46	18,1
erbliche Fallsucht			2	0,1			1	0,4
Huntingtonsche Chorea	24	1,8	9	0,6			1	0,4
erbliche Blindheit	23	1,8	35	2,5			1	0,4
erbliche Taubheit	18	1,4	26	1,8			1	0,4
schwere erbliche körperliche Missbildung	3	0,2	1	0,1			4	1,6
schwerer Alkoholismus	9	0,7			1	0,6		
sonstige	368	27,9	28	2,0			1	0,4
fehlend	1318	100,0	1417	100,0	157	100,0	254	100,0
gesamt	1318	100,0	1417	100,0	102		209(♀109)	(100,0)
Sterilisationseingriffe (-beschlüsse)								
Sterilisationsmethoden	1098	83,3					1	0,9
Inguinale Tubensterilisation								
lap. Keilexzision der Tuben			372	26,3			1	0,9
Madlener Tubenquetschung	156	11,8	997	70,3			90	82,6
lap. Tubenexstirpation							6	5,5
Röntgenstrahlung / Radium-Einlage	64	4,9	19	1,3				
sonstige			29	2,1			8	7,3
fehlend							3	2,8
Schwangerschaftsabbrüche	58	4,4	86	6,0				
Mortalitätsrate			3	0,2				

		EG Frankfurt Main		EG Offenbach a. M.	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Patientenzahl (Antragszahl)		♀ 1690		439	
Diagnosen	angeborener Schwachsinn	91	60,0	183	57,9
	Schizophrenie	28	18,4	67	21,2
	manisch-depr. Irrsinn	12	7,9	7	2,2
	erbliche Fallsucht	18	11,8	51	16,1
	Huntingtonsche Chorea				
	erbliche Blindheit	1	0,7		
	erbliche Taubheit	1	0,7		
	schwere erbliche körperliche Missbildung			1	0,3
	schwerer Alkoholismus	1	0,7	7	2,2
	sonstige				
	fehlend	7	4,6		
	gesamt	152	100,0	316	100,0
Sterilisationseingriffe (-beschlüsse)		109		316	100,0
Sterilisationsmethoden	Inguinale Tubensterilisation				
	lap. Keilexzision der Tuben				
	Madlener Tubenquetschung				
	lap. Tubenexstirpation				
	Röntgenstrahlung / Radium-Einlage				
	sonstige				
	fehlend				
Schwangerschaftsabbrüche					
Mortalitätsrate					

Dokument 1: Vordruck des ärztlichen Berichtes über die Unfruchtbarmachung

Ausführungsverordnung (Text)

91

Vordruck 6**Ärztlicher Bericht**

(gem. § 11 Abs. 3 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. 7. 1933 — Reichsgesetzbl. I S. 529 — in der Fassung der Gesetze zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 26. Juni 1935 — Reichsgesetzbl. I S. 773 — und vom 4. Februar 1936 — Reichsgesetzbl. I S. 119).

Der*) an leidende
Die

(Vorname) (Zuname, bei Frauen auch Mädchenname) (Geburtsdag, -monat, -jahr) (Geburtsort)
aus

(Wohnort und Wohnung)

Ist auf Grund der Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts*) in
vom 19... , Alterszeichen:

am: 19... vom mir unfruchtbar gemacht — nachbehandelt — worden.

Art der Unfruchtbarmachung — Nachbehandlung (mit Angabe des Verfahrens):

Die Unfruchtbarmachung — Nachbehandlung verlief regelrecht*)
insofern nicht regelrecht, als:

Bei chirurgischer Unfruchtbarmachung: Die Wunde heilte in ... Tagen mit*)
ohne Nebenerscheinungen:

Der*) Unfruchtbargemachte wurde am 19... entlassen (vgl. hierzu Art. 8
Die

Abs. 2 der Dritten Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 25. Februar 1935, Reichsgesetzbl. I S. 289).

Zustand bei der Entlassung:

Ferner ist am 19... die Schwangerschaft unterbrochen worden.

mit Einwilligung der*)
des

Art des Eingriffs:

Länge der Frucht cm Besonderheiten an der Frucht (Mißbildungen):

..... Geschlecht der Frucht:

Sonstige Bemerkungen (Zwillinge):

Die Operierte wurde am 19... als geheilt entlassen.

Ort: , den 19...

Anstalt (Stempel)

An den Herrn Amtsarzt in*)
An die Geschäftsstelle des Erb-
gesundheitsgerichts in

Unterschrift des Arztes
(deutliche Schrift)

*) Nichtzutreffendes ist zu durchstreichen.

Dokument 2: Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes

Ausfertigung !

XIII 998/35.

B e s c h l u s s .

In der Erbgesundheitssache betr. die Haustochter in
Elmschenhagen, Krs. Plön i.H., Ellerbekerweg 99, geb. am
1908 zu Kiel, vertreten durch ihren Pfleger, den Wohlfahrtsamts-
direktor Wodtke in Plön i.H.,

hat das Erbgesundheitsgericht in Kiel
in der Sitzung am 6. Oktober 1936
unter Mitwirkung des Amtsgerichtsrats Dr. Franzen, des Profes-
sors Dr. Wiethold und des Professors Dr. Gennerich
beschlossen:

An	Die Haustochter	geb. am
dem Herrn	1908 zu Kiel, Tochter des	
Kreiswohlfahrtsamts-	und der	geb. in Elmschen-
direktor		
W o d t k	hagen, Krs. Plön i.H., ist nach dem Gesetz	
in		
<u>Plön i.H.</u>	zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.	
	Juli 1933 unfruchtbar zu machen.	

Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens
trägt die Staatskasse.

G r ü n d e .

Durch das amtsärztliche Gutachten des Amtsarztes Me izi-
nalrat Dr. Ohm in Plön i.H. vom 26. November 1935, das fachärzt-

- 2 -

liche Gutachten des Direktors der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Kiel, Professor Dr. Stertz, vom 28. August 1936 und die eigenen Wahrnehmungen des Erbgesundheitsgerichts in den Terminen am 9. Juni und 6. Oktober 1936 in Verbindung mit dem Ergebnis der Ermittlungen und dem Inhalt der Krankengeschichten der Psychiatrischen und Nervenlinik Kiel - 279/36 - sowie der Landesheilanstalt Neustadt i.H. (Aufnahmedatum: 29. Januar 1930) und der ihren Bruder

betreffenden Krankengeschichte der Holsteinischen Heilanstalten für Nervenranke in Rickling i.H. - F. 13 - ist einwandfrei festgestellt, dass die Heustochter an der in § 1 Abs. 2 Ziff. 4 ErbGG bezeichneten Erbkrankheit leidet. Nach den Erfahrungen der Ärztlichen Wissenschaft ist mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass ihre Nachkommen an schweren geistigen Erbschäden leiden werden. Auf den von ihrem Pfleger und den von dem genannten Amtsarzt gestellten Antrag ist daher ihre Unfruchtbarmachung beschlossen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 13 Abs. 1 ErbGG.

gez. Dr. Gennerich

Dr. Wiethold

Dr. Franzen



Ausgefertigt.:

Kiel, den 12. Oktober 1936

[Signature]
Justizangestellter
als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle
des Erbgesundheitsgerichts.

Dokument 3: Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes

XIII 155/37.

A u s f e r t i g u n g .B e s c h l u s s .

In der Erbgesundheitssache betr. die geschiedene Ehefrau
 in Kiel, Oldesloerstrasse , bei , geb. am 1898
 zu Preetz i.H.,

hat das Erbgesundheitsgericht in Kiel
 in der Sitzung am 29. Juni 1937
 unter Mitwirkung des Amtsgerichtsrats Dr. jur. Peters, des Profes-
 sors Dr. med. Wiethold und des Professors Dr. med. Gennarich
 beschlossen:

An in Kiel,
 Oldesloerstr. ., bei Die geschiedene Ehefrau geb.

1898 zu Preetz i.H., Tochter des
 und der in Kiel, ist nach
 dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom
 14. Juli 1933 unfruchtbar zu machen.

Die Unfruchtbarmachung kann mit ihrer Einwilli-
 gung durch Strahlenbehandlung (Röntgenbestrahlung,
 Radiumbestrahlung) vorgenommen werden.

Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens
 trägt die Staatskasse.

- 2 -

Gründe.

Durch das amtsärztliche Gutachten des stv. Amtsarztes Dr. med. Hoffmann in Kiel vom 13. April 1937 in Verbindung mit der Ambulanzkarte der Psychiatrischen und Nervenkllinik der Universität Kiel - Nr. , dem persönlichen Eindruck im Termin am 29. Juni 1937, den Akten des Gesundheitsamtes in Kiel und den Ehescheidungsakten des Landgerichts in Kiel, gegen Ehefrau, ist einwandfrei festgestellt, dass die geschiedene Ehefrau

an der in § 1 Abs. 2 Ziff. 1 ErbGG bezeichneten Erbkrankheit leidet (angeborener Schwachsinn). Nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft ist mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass ihre Nachkommen an schweren geistigen Erbschäden leiden werden. Auf den von dem genannten stv. Amtsarzt gestellten Antrag ist daher ihre Unfruchtbarmachung beschlossen, da sie über 38 Jahre alt ist, kann die Unfruchtbarmachung gemäss Art. 1 V. AusfVO z. ErbGG mit ihrer Einwilligung durch Strahlenbehandlung (Röntgenbestrahlung, Radiumbestrahlung) vorgenommen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 13 Abs. 1 ErbGG.

gez. Dr. Gennerich.

Dr. Wiethold.

Dr. Peters.



Ausgefertigt

Kiel, den 3. Juni 1937.

[Handwritten signature] Justizangestellter,
als Urkundebeamter der Geschäftsstelle
des Erbgesundheitsgerichts.

Dokument 4: Operationsbericht „lap. Sterilisierung“

Name: Operation am 16. Oktober 1934.
 Operateur: Prof. Schröder
 Avertinnarkose und Aether 170 ccm Dr. Kramer II
 Assistenten: Dr. Volk, Dr. Paulsen Dauer: 20 Min.
 Desinfektion der Vagina mit Alkoholspülung und Spülung mit übermangansaurem Kali,
 Waschung der Bauchhaut und der Vulva mit Wasser, Seife, Sublimat.
 Es handelt sich um eine sehr unruhige und aufgeregte Patientin, die zur Sterili-
 sation eingeliefert wird. Sie wird von der Nervenklinik gebracht. Es wird sofort
 die Narkose eingeleitet. Man findet den Uterus normal gross, anteflektiert, die
 Adnexe frei.
 Lap. Kleiner Querschnitt. Vorholen des Uterus. Er ist völlig mobil, etwas hypo-
 plastisch. Es wird in typischer Weise ein 1½ cm langes Stück aus der Tube ex-
 cidiert, der uterine Teil durch Übernähung des Uterus verschlossen, das ampulläre
 Ende unterbunden und versenkt, alles gut peritonealisiert. Schluss der Bauchhöhle
 in Etagen.
Diagnose: Erbgesundheitsurteil.
Therapie: Lap. Sterilisierung.


Dokument 5: Operationsbericht „Doppelter Madlener“

Name: Operation am 24. November 1937
 Operateur: Prof. Philipp
 Assistenten: Dr. Aldemester, m.p. Willemsen
 Evipannarkose Dr. Piepenburg Dauer: 18 Min.
 Desinfektion der Vagina mit Alkoholspülung und Spülung mit übermangansaurem
 Kali, Waschung der Bauchhaut und der Vulva mit Wasser, Seife, Alkohol.
 Kleiner Querschnitt. Der Uterus ist retroflektiert. Beide Tuben werden mit
 einer stumpfen Klemme gefasst und mit einer hier vorhandenen Madlener-Klemme
 gequetscht, in die Quetschfurche wird ein Seidenfaden genäht. Keine Unterbin-
 dung erforderlich. Nach Bluttrockenheit Schluss der Bauchdecken. Keine Unter-
 bindungen. Peritoneum und Muskel fortlaufend, Fascie fortlaufend, keine Fett-
 nähte, Haut mit Klemmchen.
Diagnose: Sterilisierung aus eugenischer Indikation.
Therapie: Doppelter Madlener

Dokument 6: Operationsbericht „Abdominelle Ausräumung. Tubensterilisation“

Name:

Operation am 5. Oktober 1937

Operateur: Prof. Herold

Assistenten: Dr. Volk, m.p. Haase

Evipanarkose und Aether 150 ccm Dr. Muschick

Dauer: 15 Min.

Desinfektion der Vagina mit Alkoholspülung und Spülung mit übermangansaurem Kali, Waschung der Bauchhaut und der Vulva mit Wasser, Seife, Alkohol.

Lap. in der Mittellinie, in der üblichen Weise Abdecken der freien Bauchhöhle durch Fadentücher, Eröffnen des Cavum uteri durch Stichincision im fundalen Teil. Die Wundränder werden mit Strassburger Klemmen gefasst. Der Uterus kontrahiert sich nach 10 V.E. Osastin gut und die Ausräumung der im 3. Monat befindlichen Schwangerschaft wird z.T. mit der Hand unter Nachcurettieren mit stumpfer Curette durchgeführt. Auswischen des Cavum uteri mit Xeroformgaze, Naht der Uteruswunde mit musculomusculären Knopfnähten unter Vermeidung der Schleimhaut und zweifache Deckung der Naht durch seromusculäre Knopfnähte.

Durchtrennung der Tuben beiderseits an der Einmündungsstelle in den Uterus und Abschieben der Tube auf etwa 1 cm. Sorgfältige Peritonealisierung der Uteruswunde unter Aufnähen des Lig. lat., Versenkung des Tubenstumpfes beiderseits unter Torsion um 90° in das Lig. lat., sorgfältige Revision auf Blutung. Der Uterus ist fest kontrahiert. Das grosse Netz wird in den Douglas geleitet und die Bauchhöhle durch 5 Etagennaht in der üblichen Weise geschlossen.

Diagnose: E.G.Therapie: Abdominelle Ausräumung. Tubensterilisation.


8 Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Dr. med. Th. Schollmeyer für die Überlassung des Themas und die geduldige Betreuung. Er stand mir stets bei allen Fragen der Erstellung der Arbeit hilfreich und ermutigend zur Seite.

Herrn Professor Dr. med. W. Jonat danke ich für die Ermöglichung der Bearbeitung dieses Themas an seiner Klinik.

Bei Herrn PD Dr. med. I. Meinhold-Heerlein bedanke ich mich für die wertvollen Ratschläge und die Korrektur der Arbeit.

Weiter möchte ich mich bei Herrn Dr. med. Ziebart für die Hilfe beim Erstellen der Datenbank bedanken.

Ebenso danke ich Herrn Professor Dr. phil. habil. med. C. Andree für einen Hinweis zur formalen Gestaltung einer medizinhistorischen Dissertation.

Mein Dank gilt Frau Nietzsche, Frau Hanke und Frau Tegen für die Unterstützung bei der Beschaffung der Akten und die Mitbenutzung der Dokumentationsräumlichkeiten.

Für das aufwendige Korrekturlesen danke ich Anne-Babett Christoph, sowie meiner Freundin Sophie Christoph. Ihr danke ich weiterhin für ihren unermüdlichen Beistand.

Meiner Familie danke ich für die allseits erfahrene Unterstützung.

9 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Jana Piechatzek
Geburtsdatum	21.02.1980
Geburtsort	Hannover

Promotion

30.06.2009	Verteidigung der Dissertation
04.2006	Beginn der Promotionsarbeit an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU)

Hochschulstudium

01.10.2002 – 07.05.2009	Studium der Humanmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU)
07.05.2009	2. Staatsexamen nach der neuen Approbationsordnung an der CAU
18.08.2004	Physikum an der CAU

Berufsausbildung

01.09.1999 – 09.07.2002	Ausbildung zur Diätassistentin an der Berufsfachschule für Diätassistenten in Bethel/ Bielefeld
09.07.2002	Abschluss als staatlich geprüfte Diätassistentin

Schulbildung

1990 – 1999	Besuch des Kreisgymnasiums Neustadt i.H.
02.07.1999	Abiturabschluss am Kreisgymnasium Neustadt i.H.
1986 – 1990	Besuch der Hochtorgrundschule Neustadt i.H.